EL JINETE PÁLIDO



1918: LA EPIDEMIA QUE CAMBIÓ EL MUNDO

LAURA SPINNEY

CRÍTICA

Índice



El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo
Laura Spinney

Título original: *Pale Rider. The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World*

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
Crítica es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.
www.ed-critica.es
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): febrero de 2018

ISBN: 978-84-17067-88-5 (epub)

Conversión a libro electrónico: El Taller del Llibre, S. L.

Sinopsis

La llamada «gripe española» de 1918, que surgió en realidad entre los soldados norteamericanos que luchaban en Francia durante la primera guerra mundial, fue, con sus de 50 a 100 millones de muertos, la mayor de las epidemias sufridas por la Humanidad desde la Peste Negra medieval y la causa de la mayor de las matanzas del siglo XX.

Laura Spinney recupera la historia de una epidemia que figura en nuestros libros de historia como una simple anécdota para mostrarnos hasta qué punto contribuyó a cambiar la historia del mundo, y lo hace en un libro fascinante, que va siguiendo el rastro de la enfermedad por el mundo entero, de Zamora a Río y de las minas de Sudáfrica a Alaska, y contándonos historias personales que iluminan el drama colectivo.

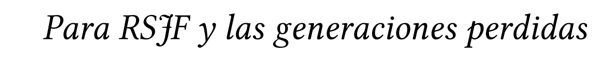
Laura Spinney

El jinete pálido

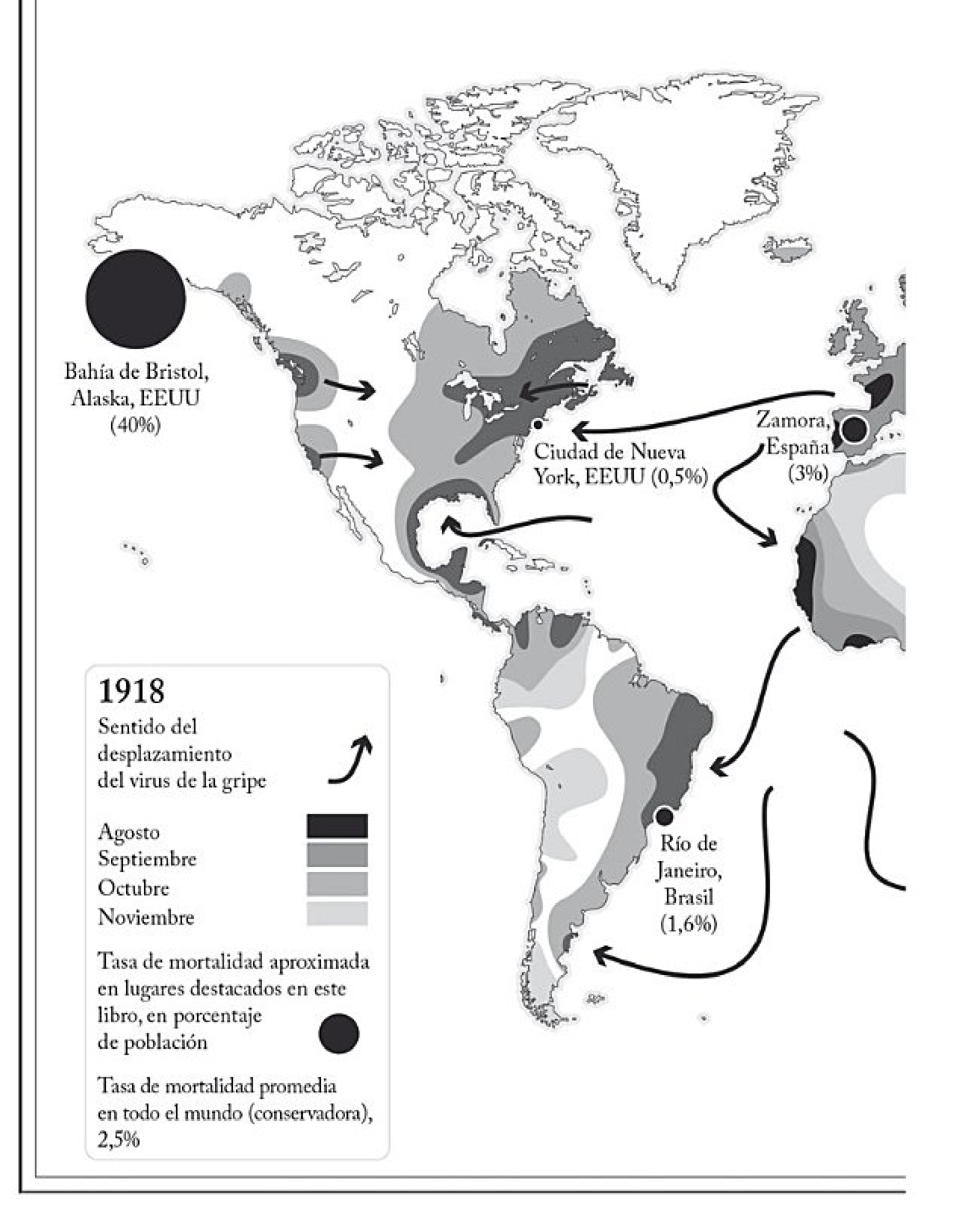
1918: La epidemia que cambió el mundo

Traducción castellana de
Yolanda Fontal

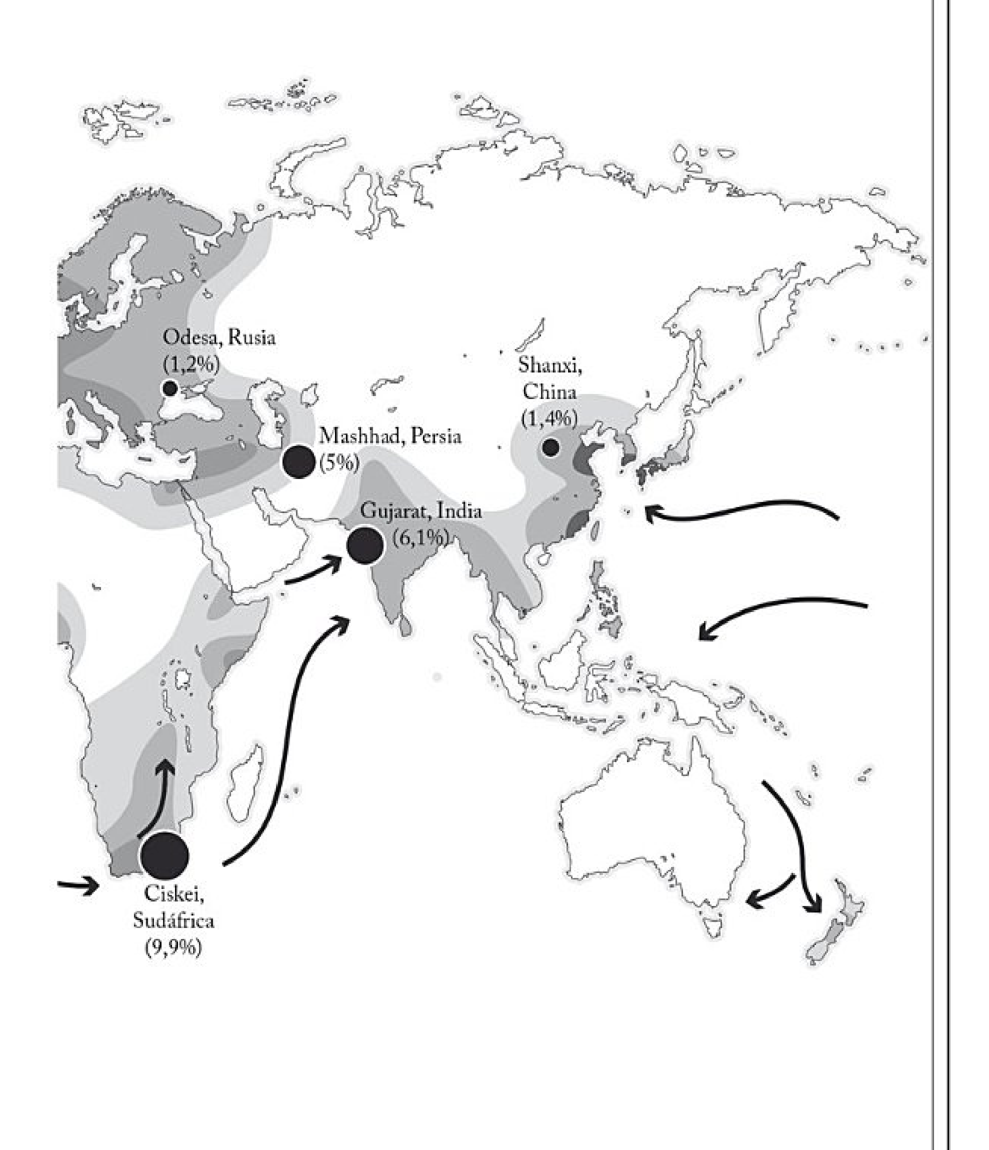


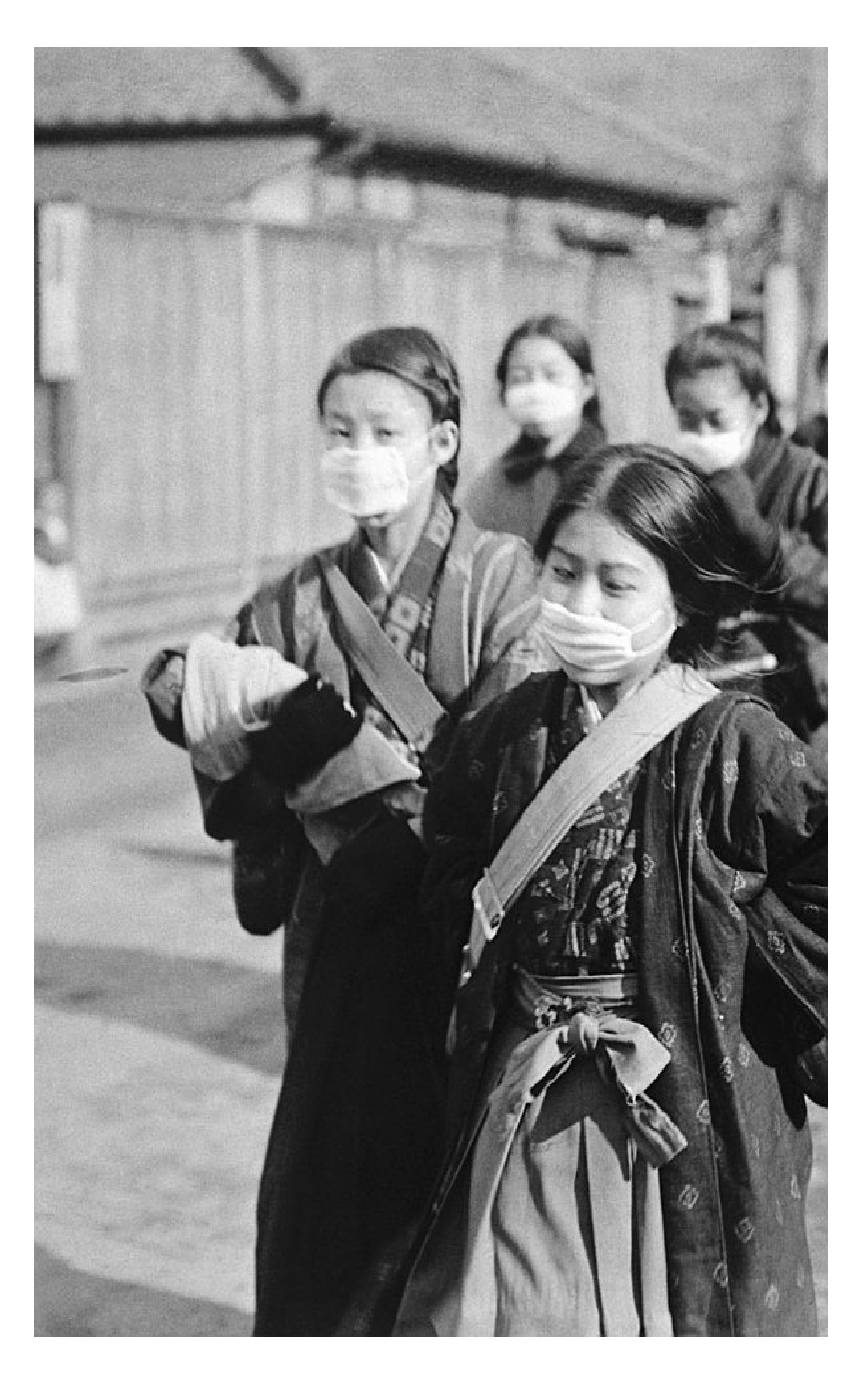


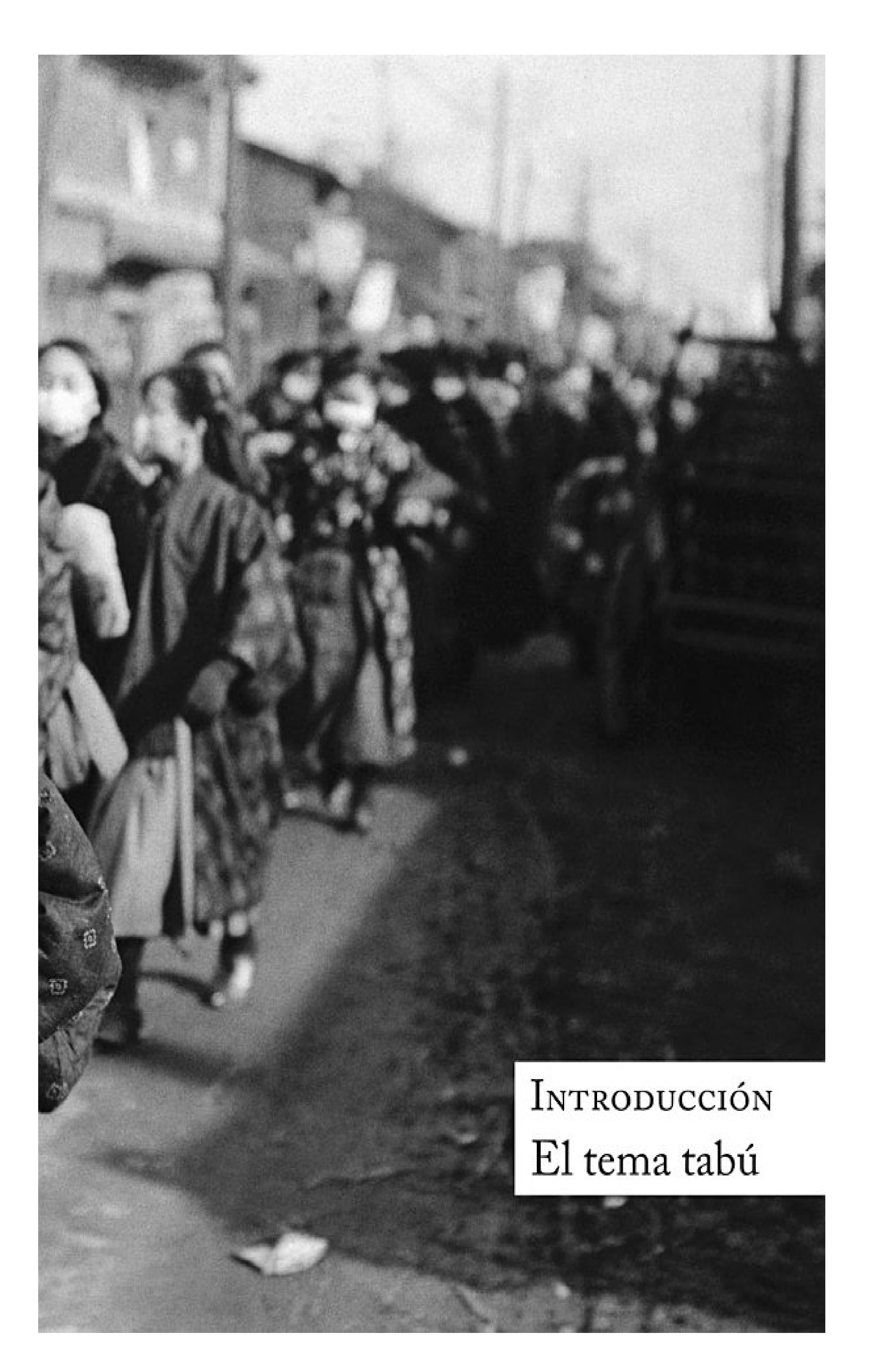
Para RSJF y las generaciones perdidas


Propagación mundial de la gripe española:
Bahía de Bristol, Alaska, EEUU (40%)
Ciudad de Nueva York, EEUU (0,5%)
Zamora, España (3%)
Río de Janeiro, Brasil (1,6%)
1918
Sentido del desplazamiento del virus de la gripe
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Tasa de mortalidad aproximada en lugares destacados en este libro, en porcentaje de población
Tasa de mortalidad promedia en todo el mundo (conservadora), 2,5%

segunda oleada, finales de 1918







Introducción
El tema tabú

Escolares japoneses con máscaras durante la pandemia, 1920.

La brevedad de la pandemia de gripe de 1918 planteó graves problemas a los médicos de la época [...]. Ha planteado graves problemas a los historiadore desde entonces.

TERENCE RANGER,
The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19 (2003)[1]

El 9 de noviembre de 1918 abdicó el káiser alemán Guillermo y en las calles de París había júbilo. «*À mort Guillaume! À bas Guillaume!*» (¡Muerte a Guillermo! ¡Abajo Guillermo!) Mientras tanto, en el séptimo distrito de la ciudad, el poeta Guillaume Apollinaire yacía en su lecho de muerte. Apollinaire, un personaje destacado del movimiento vanguardista francés, el hombre que inventó el término «surrealista» e inspiró a personalidades como Pablo Picasso y Marcel Duchamp, se había alistado para combatir en 1914. Tras haber sobrevivido a una herida de metralla en la cabeza y una trepanación, murió de gripe española a los treinta y ocho años y fue declarado *«mort pour la France*» (muerto por Francia).

Su funeral se celebró cuatro días más tarde, dos días

después de la firma del armisticio. Al salir de la iglesia de Santo Tomás de Aquino, los asistentes al funeral enfilaron hacia el este, hacia el cementerio del Père Lachaise. «Pero cuando llegó a la esquina con Saint-Germain, el cortejo se vio rodeado por un ruidosa multitud de personas que celebraban el armisticio, hombres y mujeres que agitaban los brazos, cantaban, bailaban, se abrazaban y gritaban en pleno delirio el famoso estribillo del fin de la guerra: «No, no tienes que irte, Guillaume. No, no tienes que irte»», recordaba Blaise Cendrars, amigo de Apollinaire y también poeta. El famoso estribillo estaba dedicado con ironía al káiser derrotado, pero, para los amigos de Apollinaire, estaba repleto de emoción.[2]

La muerte del poeta es una metáfora del olvido colectivo de la mayor matanza del siglo xx. La gripe española infectó a una de cada tres personas del planeta, a 500 millones de seres humanos. Entre el primer caso registrado el 4 de marzo de 1918 y el último, en algún momento de marzo de 1920, mató a entre 50 y 100 millones de personas, o a entre el 2,5 y el 5 por ciento de la población mundial, una variación que refleja la incertidumbre que aún la rodea. Si se compara con sucesos únicos que hayan causado una enorme pérdida de vidas humanas, superó a la primera guerra mundial (17 millones de muertos), a la segunda guerra mundial (60 millones de muertos) y posiblemente a ambas juntas. Fue la mayor oleada de muerte desde la peste negra, tal vez de toda la historia de la humanidad.

Sin embargo, ¿qué vemos cuando desenrollamos el pergamino del siglo xx? Dos guerras mundiales, el auge y la caída del comunismo y quizá algunos de los episodios más espectaculares de descolonización. No vemos el acontecimiento más dramático de todos, aunque lo tenemos delante de nuestros ojos. Cuando se pregunta cuál fue el mayor desastre del siglo xx, prácticamente nadie responde

que la gripe española. La gente se sorprende al conocer las cifras relacionadas con ella. Algunos se paran a pensar y, tras una pausa, se acuerdan de un tío abuelo que murió a causa de ella, de primos huérfanos a los que perdieron de vista, de una rama de la familia que dejó de existir en 1918. Hay muy pocos cementerios en el mundo que, suponiendo que tengan más de un siglo, no alberguen un grupo de tumbas desde el otoño de 1918, cuando se declaró la segunda oleada de la pandemia, la peor, y los recuerdos de las personas así lo reflejan. Pero no hay ningún cenotafio, ningún monumento en Londres, Moscú o Washington DC. La gripe española se recuerda de un modo personal, no colectivo; no como un desastre histórico, sino como millones de tragedias discretas, privadas.

Tal vez tenga algo que ver con sus características. La primera guerra mundial se prolongó durante cuatro largos años, pero, pese a su nombre, la mayor parte de la acción se concentró en los escenarios bélicos de Europa y Oriente Medio. El resto del mundo sintió el viento cálido que arrastraba hacia ese torbellino, pero permaneció al margen y en algunos lugares la guerra parecía algo muy distante. Dicho de otro modo, la guerra tenía un foco geográfico y una narrativa que se desarrollaba en el tiempo. La gripe española, en cambio, invadió todo el planeta en un abrir y cerrar de ojos. La mayoría de las muertes se produjeron en solo trece semanas, desde septiembre hasta mediados de diciembre de 1918. Fue amplia en el espacio y breve en tiempo, comparada con un guerra, prolongada y limitada geográficamente.

El historiador de África Terence Ranger señaló a principios de los años 2000 que un acontecimiento tan condensado requiere un enfoque narrativo diferente. Una narración lineal no sirve; lo que se necesita es algo más parecido a la manera en que las mujeres del sur de África

hablan de un acontecimiento importante para la vida de su comunidad. «Lo describen y después trazan círculos a su alrededor, volviendo constantemente a él, ampliándolo e incorporando recuerdos del pasado y pronósticos del futuro», escribió Ranger.[3] El Talmud, el texto judío, está organizado de un modo similar. En cada página, la columna del texto antiguo está rodeada de comentarios, después de comentarios sobre los comentarios, en círculos cada vez más amplios, hasta que la idea central se ha entrelazado a través del espacio y el tiempo en el tejido de la memoria colectiva. (Puede que haya otra razón para que Ranger propusiera una historia feminizada de la gripe española: fueron en general las mujeres quienes cuidaron de los enfermos. Fueron ellas quienes registraron las imágenes y los sonidos de las habitaciones de los enfermos, quienes amortajaron a los difuntos y acogieron a los huérfanos. Fueron el vínculo entre lo personal y lo colectivo.)

En el origen de toda pandemia hay siempre un encuentro entre un microorganismo causante de la enfermedad y un ser humano. Pero ese encuentro, junto con los sucesos que conducen a él y los que derivan del mismo, está determinado por muchos otros que tienen lugar al mismo tiempo, así como por el tiempo, el precio del pan, y las ideas sobre los gérmenes, los hombres blancos y los yinns. La pandemia, a su vez, afecta al precio del pan, a las ideas sobre los gérmenes, los hombres blancos y los yinns, y a veces incluso al tiempo. Es un fenómeno tanto social como biológico; no se puede aislar de su contexto histórico, geográfico y cultural. La forma en que las madres y las abuelas africanas narran un acontecimiento resalta esa riqueza contextual, incluso cuando el suceso que se narra solo dura un latido histórico. Este libro pretende hacer lo mismo.

Es el momento oportuno. En las décadas inmediatamente posteriores a la pandemia, los únicos que la estudiaron,

además de los actuarios contratados por las compañías de seguros, fueron los epidemiólogos, los virólogos y los historiadores de la medicina. Sin embargo, desde finales de los años noventa la historiografía sobre la gripe española ha explotado, y este reciente y vertiginoso aumento de la atención ha destacado por su carácter multidisciplinar. Ahora también se interesan por ella los economistas, los sociólogos y los psicólogos, además de historiadores «tradicionales». Cada uno de ellos ha posado la mirada en un aspecto diferente y entre todos han transformado nuestra comprensión de la misma. Sin embargo, con demasiada frecuencia, sus conclusiones permanecen sepultadas en publicaciones especializadas, por lo que este libro intenta reunirlas, tejer las diferentes hebras para formar una imagen más coherente de la bestia en todo su multifacético esplendor u horror.

La información disponible hoy en día no solo es más diversa desde el punto de vista académico, también lo es desde el geográfico, y refleja el alcance mundial del desastre. Hasta la fecha, la mayoría de los ensayos sobre la gripe española se han centrado en Europa o América del Norte. Tenían que hacerlo, ya que durante mucho tiempo solo en esos países se habían recopilado datos de manera sistemática. En 1998, cuando los expertos en la gripe española de todo el mundo se reunieron en Ciudad del Cabo para conmemorar su octogésimo aniversario, reconocieron que apenas se sabía nada sobre lo que había sucedido en grandes zonas del planeta: América del Sur, Oriente Medio, Rusia, el Sudeste Asiático y la China continental. Pero los relatos que se centran en Europa y América del Norte distorsionan la imagen por dos razones. En primer lugar, estos continentes registraron las tasas de mortalidad más bajas, como promedio, por lo que sus experiencias fueron atípicas. Y en segundo, en 1918 ambas estaban muy

involucradas en una guerra que devastaría Europa. Sin duda, la guerra fue el acontecimiento más importante en este continente: en Francia se perdieron seis veces más vidas a causa de la guerra que de la gripe, mientras que en Alemania el múltiplo fue cuatro, en Gran Bretaña tres y en Italia dos. Pero en todos los demás continentes, con la posible excepción de la Antártida, a la que ambos desastres dejaron prístina, murieron más personas a causa de la gripe que de la guerra. En el momento de escribir este libro, cuando han transcurrido casi veinte años desde la cumbre de Ciudad del Cabo y se aproxima el centenario de la catástrofe, es posible empezar a reconstruir lo que sucedió en otras partes del mundo.

Este libro recurre a un enfoque diferente para narrar la gripe. Va avanzando desde la prehistoria hasta 1918, desde el planeta hasta lo humano, desde el virus hasta la idea y viceversa. El eje central es la historia de cómo surgió la gripe española, se propagó por el planeta y remitió, dejando a la humanidad transformada. Pero esta historia se detiene en ocasiones para analizar lo que diferenció a las comunidades que la sufrieron, así como lo que las unió. En 1918, los italoamericanos de Nueva York, los yupik de Alaska y los habitantes de la ciudad santuario persa de Mashhad tenían poco en común excepto el virus, y en cada uno de estos lugares los factores culturales y de otro tipo influyeron en su encuentro con ella. Una serie de retratos muestran cómo se desarrolló la catástrofe en sociedades de diferentes puntos del planeta, lo que pone de relieve el carácter profundamente social de una pandemia.

Estos retratos arrojan luz sobre zonas del mapa que antes permanecían en la oscuridad y dan una idea de cómo se vivió la gripe española en partes del mundo en las que 1918 fue el año de la gripe, no el año en que terminó la guerra. Nos son exhaustivos, porque aún permanecen en el olvido

millones de historias, por lo que se han de tomar con cautela. Seguramente, no solo fue en Río de Janeiro donde una orgía después de la gripe provocó un aumento de los nacimientos, o solo en Odesa, Rusia, donde se realizaron rituales religiosos arcaicos para ahuyentar la enfermedad. No fueron solo los indios quienes transgredieron temporalmente las estrictas barreras sociales para ayudarse entre sí o no fue solo en Sudáfrica donde las personas de un color culparon a las de otro. Puede que un obispo católico frustrara los intentos de contener la enfermedad en España, pero los misioneros fueron muchas veces los únicos que llevaron ayuda a las zonas remotas de China. Se ha de hacer una advertencia general: la narradora es, una vez más, europea.

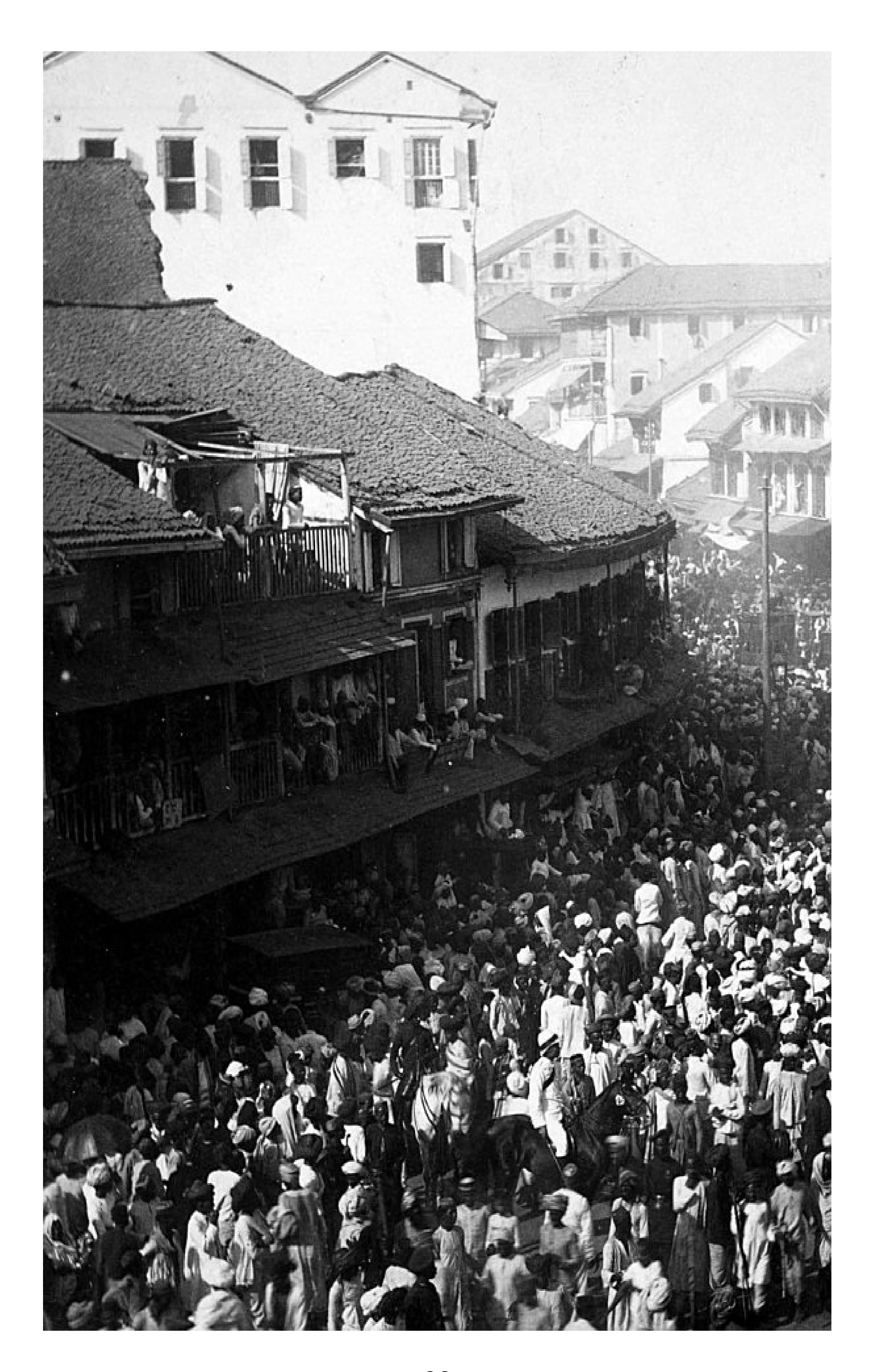
La historia de la gripe española se cuenta en las partes segunda a sexta del libro. Pero esta historia forma parte de una más amplia, la que nos cuenta cómo han cohabitado, y coevolucionado, el ser humano y la gripe durante 12.000 años. La primera parte, «La ciudad sin murallas», explica esta historia hasta 1918, mientras que la séptima parte, «El mundo después de la gripe», explora las huellas de la gripe española con las que convivimos en la actualidad. Como el ser humano y la gripe siguen coevolucionando, la octava parte, «El legado de Roscoe», se interesa por una batalla futura, la próxima pandemia de gripe, previendo con qué nuevas armas las combatiremos y cuál será probablemente nuestro talón de Aquiles. Juntas, estas historias constituyen una biografía de la gripe, una historia humana en la que el *fil conducteur* es la gripe. El epílogo aborda la cuestión de la memoria y plantea la pregunta de por qué, cuando su impacto fue tan profundo, decimos que está «olvidada».

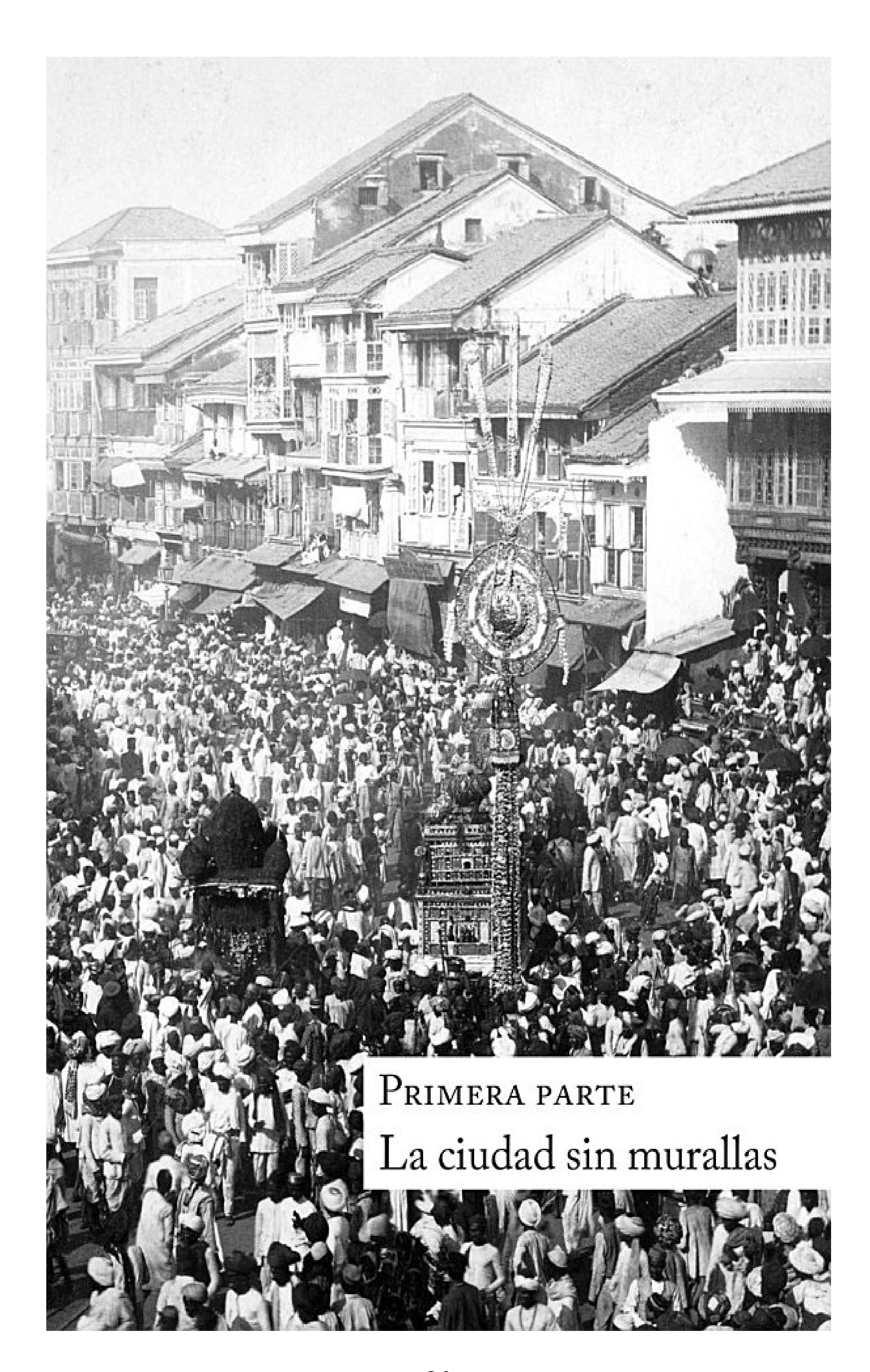
Se suele decir que la primera guerra mundial mató el romanticismo y la fe en el progreso, pero si bien la ciencia posibilitó que se cometiera una matanza a escala industrial

con la guerra, también fracasó a la hora de impedir otra con la gripe española. La gripe remodeló las poblaciones humanas de una forma más radical que ningún otro acontecimiento desde la peste negra. Influyó en el curso de la primera guerra mundial y, posiblemente, contribuyó a la segunda. Empujó a la India más cerca de la independencia, a Sudáfrica del *apartheid* y a Suiza al borde de la guerra civil. Marcó el comienzo de la sanidad universal y la medicina alternativa, nuestra afición por el aire puro y nuestra pasión por el deporte, y probablemente fue responsable, al menos en parte, de la obsesión de los artistas del siglo XX por las múltiples maneras en que el cuerpo humano puede fallar. «Posiblemente» y «probablemente» son términos indispensables cuando se habla de la gripe española, ya que en 1918 no había manera de diagnosticarla y, por tanto, de saber con certeza que era esa la enfermedad, como tampoco podemos estar seguros de que la peste bubónica (o una de sus variantes, la peste neumónica) causara la peste negra en el siglo XIV. Lo que no es discutible es que la pandemia de 1918 aceleró el ritmo de los cambios en la primera mitad del siglo XX y ayudó a configurar nuestro mundo moderno.

Si todo esto es cierto, ¿cómo es que aún seguimos pensando en la gripe española como una nota a pie de página de la primera guerra mundial? ¿Realmente la hemos olvidado? Terence Ranger pensaba que sí, pero si aún estuviera vivo puede que tuviera dudas antes de repetir esta afirmación. De ser así, entonces el mérito corresponde a un inmenso esfuerzo colectivo. La gripe española ya no se puede contar sin las aportaciones de los historiadores y los científicos, incluidos los sociólogos. La ciencia nos la cuenta hasta el umbral de la historia, a través de los espacios de la prehistoria que parecen vacíos pero que, en realidad, están cubiertos de garabatos invisibles, y que moldearon los acontecimientos de 1918 y también lo que vendría después.

La historia entra en escena allí donde los garabatos se vuelven legibles y la ciencia vuelve a arrojar cierta luz desde el presente. En otros cien años, la ciencia y la historia se habrán transformado. Puede que incluso exista una ciencia de la historia, en la que las teorías sobre el pasado se verifiquen contrastando con bancos de datos históricos informatizados.[4] Es probable que este tipo de enfoque revolucione nuestra forma de entender fenómenos complejos como las pandemias, pero aún está en sus inicios. Sin embargo, hay algo que podemos afirmar con seguridad: en el bicentenario de la pandemia de 1918, los historiadores habrán llenado más espacios en blanco y la ciencia habrá arrojado una luz más brillante.





Primera parte

La ciudad sin murallas

Escena en una calle muy concurrida de Bombay, hacia 1920.

1
Toses y estornudos

En torno al solsticio de invierno del año 412 a.C., la tos se apoderó de los habitantes de Perinto, una ciudad portuaria del mar de Mármara en lo que por entonces era el norte de Grecia. Los perintios también presentaron otros síntomas: irritación de garganta, malestar, dificultad para tragar, parálisis de las piernas e incapacidad para ver de noche. Un médico llamado Hipócrates anotó todos ellos y la «tos de Perinto» se convirtió en la que probablemente sea la primera descripción por escrito de la gripe.

Decimos probablemente porque varios de esos síntomas no parecen encajar: deterioro de la visión nocturna y parálisis de las extremidades. Su inclusión preocupó a los historiadores de la medicina hasta que comprendieron que Hipócrates definía una epidemia de forma diferente a nosotros. En realidad, Hipócrates fue el primero en utilizar el término epidemia (literalmente, «en el pueblo») en un sentido médico. Antes de eso, hacía referencia a cualquier cosa que se propagara por un país, desde la niebla hasta los rumores y la guerra civil. Hipócrates lo aplicó específicamente a la enfermedad y la redefinió.

Los antiguos griegos creían que el origen de la enfermedad era espiritual, que era un castigo de los dioses por todo tipo de faltas. Los médicos eran en parte sacerdotes y en parte magos, y su función consistía en apaciguar a las irascibles divinidades con plegarias, conjuros y sacrificios. Hipócrates sostenía que las causas de la enfermedad eran físicas y que se podían adivinar observando los síntomas de un paciente. Él y sus discípulos crearon un sistema para

clasificar las enfermedades, que es por lo que a menudo se le considera el padre de la medicina occidental: fue el responsable de los conceptos de diagnóstico y tratamiento que aún son fundamentales en la medicina en la actualidad (también nos legó un código de deontología médica, el juramento hipocrático, del que proviene la promesa que formulan los médicos recién titulados de «no hacer daño»).

Hipócrates creía que la enfermedad era la consecuencia de un desequilibrio entre los cuatro «humores» o fluidos que circulan por el cuerpo humano: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre. Si se era apático era porque había un exceso de flema y el tratamiento consistía en comer cítricos. Galeno, otro médico griego que vivió unos quinientos años después que Hipócrates, amplió este modelo y sugirió que se podía clasificar a las personas según su temperamento en función del humor que predominara en ellas. La bilis negra se asociaba con los tipos melancólicos y la bilis amarilla, con los coléricos o irascibles. Una persona flemática era calmada y una sanguínea, esperanzada. Conservamos estos adjetivos, pero no la manera de entender la anatomía y las funciones corporales que los generaron. Y, sin embargo, el concepto galénico de medicina predominó en Europa durante 1.500 años y su idea de que el «miasma», o aire nocivo, podía desencadenar un desequilibrio humoral aún era popular en algunas partes del mundo en el siglo XX.

La definición de Hipócrates de una epidemia tampoco ha sobrevivido. Para él, una epidemia eran todos aquellos síntomas experimentados en un lugar determinado en un periodo dado de tiempo durante el que su población estaba aquejada por la enfermedad. En tales circunstancias, no distinguía entre distintas enfermedades. Posteriormente, el término epidemia se llegó a asociar con una enfermedad, luego con un microbio y después con una cepa microbiana, pero este proceso de refinamiento no comenzó hasta la Edad

Media, cuando la gran epidemia de peste obligó a reconsiderarlo. Así pues, en términos modernos, es probable que los habitantes de Perinto estuvieran afectados a un tiempo por la gripe, la difteria y la tos ferina, a lo que quizá se sumó una deficiencia de vitamina A.

¿Por qué debería importarnos un brote de gripe que se produjo en Grecia hace 2.400 años? Porque nos gustaría saber desde cuándo la gripe ha sido una enfermedad de los seres humanos y qué hizo que llegara a serlo. Una mejor comprensión de sus orígenes podría ayudarnos a identificar los factores que determinan el momento, la extensión y la gravedad de un brote, y también a explicar lo que sucedió en 1918 y a predecir futuras epidemias.

Es probable que la tos de Perinto no fuera la primera epidemia de gripe. Y aunque el registro histórico no menciona nada al respecto hasta el año 412 a.C., eso no significa que no haya nada que decir sobre la gripe en épocas anteriores. Al igual que los seres humanos, la gripe contiene en sí misma información sobre sus orígenes. Ambos somos registros vivientes de nuestro pasado evolutivo. Un ejemplo de ello es la rabadilla humana o coxis, que es un vestigio de nuestros antepasados arborícolas. Cuando la cola fue perdiendo utilidad, la selección natural favoreció a los individuos en los que, durante el desarrollo embrionario, una señal química desactivaba el alargamiento de la columna vertebral antes de que creciera la cola. Muy de vez en cuando se produce un fallo y esa señal no se desactiva a tiempo. La bibliografía médica contiene unos cincuenta casos de bebés nacidos con cola, un atisbo del primate arbóreo que todos llevamos dentro.

El virus de la gripe carece de cola, pero contiene otras pistas sobre sus orígenes. Es un parásito, lo que significa que solo puede sobrevivir dentro de otro organismo vivo o «huésped». Es incapaz de reproducirse por sí solo, por lo

que tiene que invadir una célula huésped y apoderarse del aparato reproductor de la misma. La progenie del virus debe entonces abandonar a ese huésped e infectar a uno nuevo. Si no lo hace, el virus perece con el huésped original y es el fin de la gripe. Al igual que la supervivencia de nuestros antepasados dependía de su capacidad para balancearse entre los árboles, la supervivencia de la gripe depende de su capacidad para saltar de un huésped a otro. Es aquí donde la historia de la gripe se pone interesante, ya que, al ser un parásito, su supervivencia depende tanto de su propio comportamiento como del de su huésped. Aunque durante mucho tiempo los científicos carecieron de información sobre el pasado de la gripe, sí sabían algunas cosas acerca de lo que hacían los seres humanos antes del año 412 a.C.

La gripe se transmite de una persona a otra a través de las minúsculas gotitas de mucosidad infectadas que se arrojan al aire al toser y estornudar. Los mocos son un misil muy eficaz: han de serlo, ya que fueron diseñados en un túnel de viento, pero no pueden volar más allá de unos pocos metros. Por tanto, para que la gripe se propague, las personas deben vivir muy cerca unas de otras. Se trataba de una idea crucial, ya que los humanos no siempre han vivido cerca unos de otros. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad fueron cazadores-recolectores y estuvieron alejados entre sí. Todo esto cambió hace unos 12.000 años, cuando un cazador en algún lugar de la inmensidad de Eurasia levantó un cercado alrededor de un par de ovejas salvajes e inventó la ganadería. También se domesticaron las plantas para su cultivo y estos dos acontecimientos hicieron que la tierra pudiera ofrecer sustento a una mayor densidad de población, que podía unirse para competir, colaborar y, por lo general, dar muestras de todo el ingenio característico de las sociedades humanas. La innovación del cazador, conocida como la revolución agrícola, señaló el comienzo de una

nueva era.

Los nuevos colectivos a los que esta agricultura sustentaba provocaron la aparición de nuevas enfermedades, las llamadas «enfermedades de masas», como el sarampión, la viruela, la tuberculosis y la gripe. Los humanos siempre habían estado expuestos a enfermedades infecciosas (la lepra y la malaria ya causaban sufrimiento mucho antes de la revolución agrícola), pero estas se adaptaron para sobrevivir en poblaciones humanas pequeñas y dispersas. Entre las argucias para hacerlo figuraban no conferir la inmunidad total a un huésped que se hubiera recuperado, de forma que pudiera volver a infectarse, y retirarse a otro huésped, llamado «reservorio animal», cuando los humanos escasearan. Ambas estrategias ayudaron a garantizar el mantenimiento de un grupo suficientemente numeroso de huéspedes susceptibles.

Las enfermedades de masas eran diferentes. Se propagaban rápidamente entre la población agraria, matando a las víctimas o volviéndolas inmunes a la reinfección. Podían infectar a otros animales, pero no tan bien como a las personas, y algunas de ellas se habían adaptado tan bien a los humanos, que se volvieron exclusivamente parasitarias de nuestra especie. Necesitaban un reservorio de miles o incluso decenas de miles de posibles víctimas para mantenerse, de ahí el nombre de «enfermedad de masas». No habrían sobrevivido antes de la revolución agrícola, sino después de la misma: su éxito evolutivo estaba vinculado al crecimiento de las poblaciones humanas.

Pero si no habrían podido sobrevivir antes de la agricultura, ¿de dónde provenían? La clave está en esos reservorios animales. Sabemos que existen microbios causantes de enfermedades que infectan únicamente a los animales. Por ejemplo, existen tipos de malaria que infectan

a las aves y a los reptiles, pero no se pueden transmitir a los seres humanos. Sabemos que hay microbios que infectan tanto a los animales como a los humanos (la gripe se incluye en esta categoría) y sabemos que hay microbios que infectan solo a los humanos. Este es el caso, por ejemplo, del sarampión, las paperas y la rubéola. En la actualidad se considera que estas diferentes categorías de enfermedades infecciosas representan pasos en el camino evolutivo por el que una enfermedad exclusivamente animal llega a convertirse en una enfermedad exclusivamente humana. Para ser precisos, los científicos identifican cinco pasos que un microbio causante de enfermedad debe seguir para completar esta transición.[1] Algunas enfermedades, como el sarampión, han llegado hasta el final; otras se quedan atascadas en puntos intermedios del camino. Sin embargo, no deberíamos pensar que se trata de un proceso fijo. Es sumamente dinámico, como ilustra el ébola.

La enfermedad por el virus del ébola es principalmente una enfermedad que afecta a los animales. Se considera que su reservorio natural son los murciélagos frugívoros que habitan en los bosques africanos, que pueden infectar a otros animales que viven en los bosques y a los que los humanos aprecian como carne (las personas también comen murciélagos). Hasta hace poco se creía que el ébola era una enfermedad que apenas infectaba a los humanos: se podía transmitir por contacto con la carne de animales silvestres, por ejemplo, pero una persona que se contagiara por esa vía solo infectaba a unas pocas más antes de que el «brote» desapareciera. Todo esto cambió en 2014, cuando una epidemia en África occidental reveló que el ébola había adquirido la capacidad de transmitirse fácilmente entre personas.

No es fácil que un virus salte la barrera entre especies. De hecho, el término «saltar» es totalmente inadecuado y sería

más útil, aunque siga siendo una metáfora, pensar que «rebosa». Las células son distintas en los diferentes huéspedes y para invadirlas son necesarias herramientas distintas. Por tanto, cada paso en el camino para llegar a convertirse en una enfermedad humana va acompañado de un conjunto específico de cambios moleculares, pero la consecución de esos cambios depende mucho del azar. Es probable que el virus tenga que pasar por muchísimos ciclos de reproducción antes de que surja una mutación que genere un cambio útil. Pero si la eficacia biológica evolutiva del virus mejora como resultado, si al infectar mejor a los humanos consigue producir más de sí mismo, entonces la selección natural favorecerá ese cambio (si no, no). También pueden sobrevenir otros cambios y el efecto acumulativo es que el virus avanza un paso más en el camino.

Por lo general, se considera que el reservorio natural de la gripe son las aves, en especial las aves acuáticas. El signo más revelador de que una especie determinada desempeña el papel de reservorio de cierto patógeno es que no enferma del mismo. Los dos han coevolucionado durante tanto tiempo, que el virus consigue completar su ciclo vital sin causar demasiado daño a su huésped y sin desencadenar una respuesta inmunitaria. Por ejemplo, los patos pueden estar gravemente infectados de gripe sin mostrar ningún síntoma de la enfermedad. Tras la revolución agrícola, los patos fueron uno de los animales que los humanos domesticaron y llevaron a a sus aldeas. Y también los cerdos, a los que se considera potenciales intermediarios en el proceso por el que una enfermedad aviar se convirtió en un enfermedad humana, ya que las células de los cerdos comparten características con las de los seres humanos y también con las de las aves. Los tres han vivido en contacto directo durante milenios, proporcionando a la gripe el laboratorio ideal para experimentar con el desplazamiento entre

especies. La gripe infectó a los seres humanos, pero probablemente no muy bien al principio. Sin embargo, con el tiempo acumuló las herramientas moleculares que necesitaba para ser altamente contagiosa y un día se produjo un brote que mereció recibir el nombre de «epidemia».

El término *epidemia* se emplea aquí en su sentido moderno, es decir, un aumento, muchas veces súbito, del número de casos de una enfermedad determinada en una población dada. En cambio, una enfermedad «endémica» es una enfermedad que siempre está presente en esa población. Una enfermedad de masas puede ser tanto endémica como epidémica, si siempre está presente en una región pero también produce brotes ocasionales. Es aquí donde las definiciones de ambos términos se vuelven un poco confusas y varían dependiendo de la enfermedad en cuestión. Por ejemplo, podríamos decir que los brotes de gripe estacionales relativamente leves que se producen cada invierno son la forma endémica de la enfermedad y reservar el termino *epidémico* para cuando surge una nueva cepa que trae consigo un tipo de gripe más grave, aunque no todo el mundo estaría de acuerdo con esta diferenciación.

No disponemos de testimonios escritos sobre las primeras epidemias de las primeras enfermedades de masas, pero es probable que fueran muy letales (pensemos en la epidemia de ébola de 2014, que aún podría llegar a obtener el título de «enfermedad de masas»). Sabemos, por ejemplo, que una de las enfermedades de masas más letales, la viruela, existió en Egipto hace al menos 3.000 años porque se han descubierto momias con marcas en la cara, pero el primer testimonio escrito de una (probable) epidemia de viruela no aparece hasta el año 430 a.C., cuando un contemporáneo de Hipócrates, Tucídides, describió los cadáveres que se apilaban en los templos de Atenas.

¿Cuándo se produjo la primera epidemia de gripe? Casi

con toda certeza en los últimos 12.000 años, y probablemente en los últimos 5.000, cuando surgieron las primeras ciudades y se crearon las condiciones ideales para que la enfermedad se propagara. Tuvo que ser espantoso. Nos resulta difícil entenderlo porque en la actualidad y, en general, la gripe dista mucho de ser letal. No obstante, aún hoy, un pequeño porcentaje de personas sale mal parado cada temporada de gripe. Estos desafortunados individuos presentan el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA): tienen dificultades para respirar, cae la presión arterial, sus rostros presentan un tono azulado y, si no son trasladados con urgencia a un hospital, tienen muchas probabilidades de morir. En unos pocos casos, incluso puede que sus pulmones sufran una hemorragia, y sangren por la nariz y la boca. El SDRA es un atisbo de la carnicería que causó la primera epidemia de gripe.

No existe constancia escrita (el sistema completo de escritura más antiguo no se inventó hasta hace 4.500 años), por lo que no sabemos cuándo o dónde sucedió, pero Uruk, en lo que ahora es Irak, podría ser un buen candidato. Uruk, considerada la ciudad más grande del mundo hace 5.000 años, contaba con unos 80.000 habitantes que vivían dentro de un recinto amurallado de seis kilómetros cuadrados, del doble de la superficie del corazón financiero de Londres, la City. Nadie estaba inmunizado ni nadie podía ayudar a los demás. Y habrían muerto muchas personas. Debieron de seguirle otras epidemias de gripe y es probable que fueran más leves: aunque las cepas que las causaron eran diferentes de la original y unas de otras, fueron lo bastante similares como para que los supervivientes fueran adquiriendo cierta inmunidad. La gripe, con el tiempo, se fue pareciendo más a la enfermedad que conocemos hoy, aunque a un coste enorme en vidas.

«Es posible procurarse una seguridad frente a las demás

cosas, pero, frente a la muerte, todos los seres humanos habitamos una ciudad sin murallas», escribió el filósofo griego Epicuro en el siglo III a.C.[2] Desde el momento en que la gripe se convirtió en una enfermedad humana, empezó a determinar la historia de la humanidad, aunque tendríamos que esperar a que Hipócrates escribiera la primera descripción (probable) de la misma. Incluso después de Hipócrates, es difícil saber con seguridad si lo que se describe es la gripe tal como la conocemos. No solo han cambiados los conceptos de epidemia y enfermedad, sino que la propia enfermedad ha recibido diferentes nombres, lo que refleja el cambio de ideas sobre su causa. Además, se confunde fácilmente a la gripe con otras enfermedades respiratorias, sobre todo con el resfriado común, pero también con enfermedades más graves, como el tifus y el dengue, que comienzan con síntomas similares a los de la gripe.

No obstante, los historiadores han especulado con cautela, conscientes de las trampas que el tiempo coloca entre las palabras, que fue la gripe la que devastó a los ejércitos de Roma y Siracusa en Sicilia en 212 a.C. «Las muertes y los funerales eran un espectáculo diario, por todas partes, de día y de noche, se escuchaban los lamentos por los muertos», escribió Tito Livio en su *Historia de Roma*.[3] Podría haber sido la enfermedad respiratoria que se propagó entre las tropas de Carlomagno en el siglo IX, que él conocía como *febris italica* (fiebre italiana). Es probable que fueran documentadas epidemias de gripe en Europa en el siglo XIV, pero la primera descripción realmente fiable no aparece hasta el siglo XVI. En 1557, en el breve intervalo de tiempo en el que María I ocupó el trono de Inglaterra, una epidemia mató al seis por ciento de sus súbditos, muchos más protestantes de los que «María la Sanguinaria», como se la llegaría a conocer, podía soñar con quemar en la hoguera.

En el siglo XVI, la era de los descubrimientos estaba muy avanzada. Los europeos arribaban en barcos al Nuevo Mundo, llevando con ellos enfermedades modernas a las que las poblaciones locales no eran inmunes. No estaban inmunizados porque no habían pasado por el mismo ciclo espantoso pero mitigador de epidemias de origen animal. La fauna del Nuevo Mundo se prestaba menos fácilmente a la domesticación que la del Viejo, y algunos habitantes seguían siendo cazadores-recolectores. Es posible que fuera la gripe la enfermedad que viajó con Cristóbal Colón en su segunda expedición al Nuevo Mundo, en 1493, y que aniquiló a gran parte de la población amerindia de las Antillas después de que hiciera escala allí. Ese año, el Caribe presenció algo similar a lo que había sucedido, varios milenios antes, en una ciudad eurasiática como Uruk, solo que en esta ocasión hubo un grupo que sí sobrevivió: los conquistadores.

Durante mucho tiempo, los historiadores no tuvieron en cuenta a las enfermedades infecciosas como actores históricos, sin sospechar siquiera el desequilibrio de sus efectos en diferentes poblaciones. Hasta el siglo XX, los historiadores europeos que narraban la asombrosa conquista del Imperio azteca mexicano a lo David y Goliat por el español Hernán Cortés solían olvidarse de mencionar que una epidemia de viruela hizo la mayor parte del trabajo.[4] Para ellos, la gripe era un ligero incordio, una cruz con la que cargar en los meses más oscuros. No comprendieron el temor que infundía a los indígenas americanos, los australianos o los isleños del Pacífico, ni hasta qué punto la asociaban con la llegada del hombre blanco. «Existía la firme creencia en todos ellos de que en los últimos años, desde que recibían visitas de hombres blancos, sus epidemias de gripe eran mucho más frecuentes y mortales que antes. Esta visión no se limita a Tanna, es, si no me equivoco, universal en todo el Pacífico», escribió en el siglo XIX un visitante de

Tanna, en el archipiélago de Vanuatu. Una vez que los historiadores se dieron cuenta de su error, algunos de ellos empezaron a denominar a las enfermedades de masas con un nombre diferente: enfermedades imperiales.[5]

Fue la labor de los paleoclimatólogos la que les hizo comprender su error. Los paleoclimatólogos tratan de entender cómo era el clima del planeta en el pasado y por qué, estudiando cosas como los depósitos de sedimentos, los fósiles y los anillos de árboles. Por ejemplo, teniendo en cuenta que el planeta se enfrió en la época romana tardía, sugieren que la Plaga de Justiniano, una pandemia de peste bubónica que mató a aproximadamente 25 millones de personas en Europa y Asia en el siglo VI, provocó que se abandonaran grandes superficies de tierra de cultivo y volvieran a crecer los bosques. Los árboles extraen dióxido de carbono de la atmósfera y esta reforestación hizo que capturaran tanto gas, que la Tierra se enfrió (lo contrario del efecto invernadero que observamos hoy en día).

Asimismo, las grandes oleadas de muertes que desataron Cortés, Francisco Pizarro (que conquistó el Imperio inca en Perú) y Hernando de Soto (que encabezó la primera expedición europea a lo que ahora es Estados Unidos) en las Américas en el siglo XVI causaron un desplome demográfico que podría haber marcado el comienzo de la Pequeña Edad de Hielo.[6] Sus efectos no fueron revertidos hasta el siglo XIX, cuando llegaron más europeos y empezaron a despejar de nuevo la tierra. La Pequeña Edad de Hielo fue probablemente la última vez que una enfermedad humana afectó al clima global. Aunque se producirían otras pandemias, la paulatina mecanización de la agricultura, junto con el crecimiento exponencial de la población mundial, hizo que ni siquiera la muerte de decenas de millones de agricultores pudiera dejar huella alguna en la atmósfera, al menos que los paleoclimatólogos hayan podido

detectar.

Se cree que la primera pandemia de gripe que, según los expertos, fue una tal, es decir, una epidemia que afectó a varios países o continentes, empezó en Asia en 1580 y se propagó por África, Europa y posiblemente América. No obstante, es necesario hacer una advertencia. Como veremos, no es fácil determinar el origen de una pandemia de gripe ni la dirección en la que se propaga, lo que significa que cualquier declaración categórica sobre el origen de pandemias de gripe históricas se ha de tomar con cautela. Esto es especialmente cierto dado que, al menos desde el siglo XIX, los europeos cuyos compatriotas habían seguido la pista de enfermedades mortales por el Nuevo Mundo no dudaban en considerar que cada nueva plaga provenía de China o de los silenciosos espacios de las estepas euroasiáticas.

Las informaciones de la época sugieren que esta primera pandemia de gripe se propagó de norte a sur por Europa en seis meses. Roma registró 8.000 muertes, lo que significa que fue literalmente «diezmada» (aproximadamente uno de cada diez romanos murió) y algunas ciudades españolas sufrieron una suerte similar.[7] Entre 1700 y 1800 hubo dos pandemias de gripe. En el momento álgido de la segunda, en 1781, enfermaban cada día 30.000 personas en San Petersburgo. Por entonces, la mayoría de la gente llamaba a la enfermedad «influenza». El término fue acuñado por primera vez en el siglo XIV por unos italianos que la atribuyeron a la atracción o «influencia» de las estrellas, pero tardó varios siglos en popularizarse. Este nombre se mantiene hoy en día, aunque, al igual que en el caso de los epítetos «melancólico» y «flemático», sus fundamentos conceptuales han desaparecido.

En el siglo XIX, las enfermedades de masas alcanzaron su cénit evolutivo y dominaron el planeta. Fue el siglo de la

revolución industrial y, con ella, la rápida expansión de las ciudades en muchas zonas del mundo. Estas ciudades se convirtieron en caldo de cultivo para las enfermedades de masas, por lo que las poblaciones urbanas no podían mantenerse a sí mismas y necesitaban la constante afluencia de campesinos saludables desde el campo para compensar las vidas que se cobraba la infección. También las guerras trajeron epidemias. Los conflictos provocan hambre y ansiedad, desplazan a las personas, las hacinan en campos insalubres y las privan de sus médicos. Las vuelven vulnerables a las infecciones y después obliga a un gran número de ellas a ponerse en marcha, con lo que pueden llevar la infección a nuevos lugares. En todos los conflictos de los siglos XVIII y XIX, las enfermedades se cobraron más vidas que las heridas de guerra.

En el siglo XIX se produjeron dos pandemias de gripe. Se dice que la primera, que se declaró en 1830, es comparable en cuanto a gravedad, aunque no a magnitud, con la gripe española. La segunda, la llamada gripe «rusa» que apareció en 1889, se pensaba que se había originado en Bujará, en Uzbekistán. Fue la primera en ser cuantificada, al menos hasta cierto punto, ya que para entonces los científicos habían descubierto que la estadística podía ser un arma muy poderosa para combatir las enfermedades. Gracias a los esfuerzos de aquellos primeros epidemiólogos sabemos que la gripe rusa se cobró en torno a un millón de vidas y que azotó al mundo en tres oleadas. Una primera oleada leve precedió a una segunda grave, y la tercera fue aún más leve que la primera. Muchos casos derivaron en neumonía, que a menudo fue la causante de las muertes, y esta gripe no solo afectó a los ancianos y a los niños, como ocurre con las gripes estacionales, sino también a personas de entre treinta y cincuenta años. Los médicos se inquietaron al observar que muchos pacientes que sobrevivieron al primer ataque

desarrollaron complicaciones nerviosas, incluida la depresión. Puede que el artista noruego Edvard Munch fuera uno de ellos y algunos han sugerido que su famoso cuadro *El grito* surgió de sus pensamientos ensombrecidos por la gripe. «Una tarde paseaba por un sendero, con la ciudad a un lado y el fiordo, abajo. Me sentí cansado y enfermo. Me detuve y contemplé el fiordo: el sol se ponía y las nubes se tornaron rojo sangre. Sentí un grito atravesando la naturaleza; me pareció oír el grito», escribió más tarde.[8] Cuando Munch escribió estas palabras, la pandemia había terminado y también la lucha milenaria entre el hombre y la gripe. En el próximo siglo, el XX, la ciencia vencería de una vez por todas a las enfermedades de masas.

2
Las mónadas de Leibniz

A nosotros, que vivimos en mundo cien años más viejo, un mundo aquejado por una pandemia de sida, la idea de que la ciencia acabaría venciendo para siempre a las enfermedades infecciosas nos resulta absurda, pero a principios del siglo XX muchas personas lo creían, al menos en Occidente. La razón principal de su optimismo era la teoría de los gérmenes, la idea de que los gérmenes causan enfermedades. Ya hacía un par de siglos que se conocían las bacterias, desde que el pulidor de lentes holandés Antony van Leeuwenhoek colocó una lupa encima de una gota de agua de un estanque y vio que rebosaba de vida, pero se las había considerado una especie de ectoplasma inofensivo y nadie sospechaba que pudieran hacer enfermar a las personas. Robert Koch en Alemania y Louis Pasteur en Francia establecieron la relación a partir de los años cincuenta del siglo XIX. Los descubrimientos de estos dos hombres son demasiado numerosos para mencionarlos, pero, entre ellos, Koch demostró que la tuberculosis, la enfermedad «romántica» de poetas y artistas, no era hereditaria, como se creía de forma generalizada, sino que la causaba una bacteria, mientras que Pasteur refutó la idea de que era posible generar espontáneamente organismos vivos a partir de materia inanimada.

La teoría de los gérmenes, junto con algunas ideas más antiguas sobre la higiene y el saneamiento, empezó a cambiar el curso de las enfermedades de masas. Se pusieron en marcha campañas para depurar el agua destinada al consumo y para fomentar la limpieza. Se impusieron

programas de vacunación, aunque no sin resistencia (no es de sorprender que la gente se opusiera a la idea de que se podía proteger contra una enfermedad siendo inoculada con la misma), y estas iniciativas arrojaron resultados tangibles. Si en las guerras de los siglos anteriores las enfermedades se habían cobrado más vidas que los combates, la tendencia se invirtió. Las armas se habían vuelto más letales, pero los médicos militares también controlaban mejor las infecciones. Puede que parezcan unas razones extrañas para considerarlo un éxito, pero los médicos militares fueron de los primeros en poner en práctica la teoría de los gérmenes y sus homólogos civiles se beneficiaron de sus conocimientos. A comienzos del siglo XX, las ciudades por fin se volvieron autosuficientes.

Así pues, en las primeras décadas de este siglo, la confianza en la ciencia y en el racionalismo era elevada. El entusiasmo por el descubrimiento del vínculo entre las bacterias y las enfermedades todavía no se había desvanecido y existía la tentación de encontrar a las bacterias responsables de todas las enfermedades. Iliá Méchnikov, el indomable «demonio de la ciencia» ruso al que Pasteur había llevado a su instituto en París, incluso llegó a responsabilizarlas del envejecimiento. Méchnikov había obtenido el premio Nobel en 1908 por su descubrimiento de la fagocitosis, el proceso por el que las células inmunitarias de la sangre humana engullen a las bacterias nocivas y las destruyen, pero también sospechaba que las bacterias que se encuentran en el intestino humano liberaban toxinas que endurecían las arterias, contribuyendo al envejecimiento del organismo, una idea que hizo que se viera expuesto a algunas burlas. Se obsesionó con los pueblos de Bulgaria donde supuestamente sus habitantes vivían más de cien años, atribuyendo su longevidad a la leche agria que bebían y, en concreto, a las bacterias

«buenas» que la agriaban. En los últimos años de su vida, antes de morir en 1916 a la edad de setenta y un años, bebió enormes cantidades de leche agria.[1] (Hoy en día se considera en general que los microbios intestinales son inofensivos o beneficiosos para nosotros.)

Los virus, sin embargo, seguían siendo un misterio. La palabra *virus* significa en latín «veneno», o savia potente, y a principios del siglo XX así era justamente cómo se entendía. Cuando el escritor brasileño Aluísio Azevedo escribió en 1890 en su novela *O Cortiço* (*El vecindario*) «Brasil, ese infierno donde cada flor que brota y cada moscardón que zumba lleva un lascivo virus», lo que probablemente tenía en mente era una secreción venenosa. Sin embargo, los científicos estaban empezando a cuestionar esta definición. ¿Eran toxinas u organismos? ¿Eran líquidos o partículas? ¿Estaban muertos o vivos? El primer virus fue descubierto en 1892, cuando el botánico ruso Dmitri Ivanovski identificó un virus como el causante de una enfermedad que afectaba a las plantas de tabaco. No lo había visto. Lo que había descubierto era que la enfermedad era causada por un agente infeccioso más pequeño que cualquier bacteria conocida, demasiado pequeño para poder verlo.

En 1892, la gripe rusa causó estragos en Europa y el mismo año en que Ivanovski hizo su descubrimiento un alumno de Koch, Richard Pfeiffer, identificó la bacteria responsable de la gripe. Eso es, la *bacteria* responsable de la gripe. El bacilo de Pfeiffer, también conocido como *Haemophilus influenzae*, existe realmente y causa enfermedades, pero no es el causante de la gripe (el error de Pfeiffer perdura en su nombre como una advertencia a los científicos o un mal chiste histórico). Nadie sospechó que la gripe pudiera causarla un virus, esa cosa inclasificable que existía en algún lugar fuera de los límites de lo observable, y seguían sin sospecharlo en 1918. En realidad, los virus

ocupaban solo un pequeño rincón del universo físico de 1918. Nadie los había visto y no había ninguna prueba para ellos. Estos dos hechos son cruciales para comprender el impacto de la gripe española. La situación cambió a raíz de la pandemia, como se explicará en este libro, pero hizo falta tiempo. Cuando James Joyce escribió en su moderna novela *Ulises* (1922) «Fiebre aftosa. Conocida como preparación de Koch. Suero y virus», probablemente pensaba en un virus de un modo similar a Azevedo.[2]

Los discípulos de Pasteur y Koch difundieron ampliamente la teoría de los gérmenes, que fue desplazando paulatinamente a los conceptos de enfermedad galénicos. El cambio psicológico que ello exigía era tan problemático como el que Hipócrates había provocado más de dos mil años antes y la gente tardó en aceptarlo. Cuando dos oleadas de cólera asolaron Londres a mediados del siglo XIX, sus habitantes culparon al miasma que se elevaba del sucísimo río Támesis. Tras un brillante trabajo de investigación detectivesca, que incluyó la señalización de los casos mortales de la enfermedad en un mapa, un médico llamado John Snow localizó el origen de un brote en una bomba de agua concreta de la ciudad y dedujo correctamente que era el agua, y no el aire, la que transmitía el cólera. Publicó sus conclusiones en 1854, pero solo después del «Gran Hedor» de 1858, cuando una ola de calor hizo que el olor de las aguas residuales sin tratar de las orillas del Támesis fuera insoportable, las autoridades por fin encargaron a un ingeniero, Joseph Bazalgette, que diseñara un sistema de alcantarillado adecuado para la ciudad. ¿Su razonamiento? Al eliminar el miasma, también eliminarían el cólera.

La teoría de los gérmenes también tuvo repercusiones profundas en la noción de responsabilidad personal con respecto a la enfermedad. Hipócrates tenía algunas ideas sorprendentemente modernas al respecto. Creía que las

personas eran responsables de sus enfermedades si no elegían estilos de vida saludables, pero no se las podía culpar si una enfermedad era hereditaria. Sin embargo, incluso en ese caso tenían opciones. Puso el ejemplo del queso, argumentando que uno debía elegir si comer o no queso en función de los conocimientos sobre la constitución que había heredado. «El queso no perjudica a todos los hombres por igual; algunos pueden comerlo hasta la saciedad sin que les ocasione ningún daño; es más, a quienes les sienta bien les proporciona una fuerza sorprendente. A otros, en cambio, les sienta muy mal», escribió.[3]

En la Edad Media, se volvió a achacar gran parte de la responsabilidad por la enfermedad a los dioses, o Dios, y durante siglos perduró una sensación de fatalismo, pese al auge de la ciencia. En 1838, la escritora francesa George Sand llevó a su amante tuberculoso Frédéric Chopin a la isla española de Mallorca con la esperanza de que el clima mediterráneo aliviara los síntomas de su «pobre ángel melancólico». No esperaba que se curara, porque, a su juicio, la tuberculosis era incurable. Tampoco se le ocurrió que podría contagiarse. Sin embargo, para entonces, las ideas acerca de qué causaba la tuberculosis ya estaban cambiando y, cuando la pareja llegó a Palma, se encontró con que sus habitantes no querían saber nada de ellos. Sand, indignada, escribió a un amigo y le contó que les habían pedido que se fueran, que la tuberculosis «era extremadamente rara en esas latitudes y, además, se consideraba contagiosa».[4]

En el siglo XIX, aún se creía que las epidemias, como los terremotos, eran actos de Dios. La teoría de los gérmenes obligó a considerar la posibilidad de que se pudieran controlar y esta revelación hizo que se tuviera en cuenta un nuevo conjunto de ideas: la teoría de la evolución que Charles Darwin había propuesto en *El origen de las especies* (1859). Cuando Darwin había hablado de la selección

natural, su intención no era que sus ideas se aplicaran a las sociedades humanas, pero sus coetáneos lo hicieron, alumbrando la «ciencia» de la eugenesia. Los eugenistas creían que la humanidad estaba compuesta por diferentes «razas» que competían para sobrevivir. Los más aptos prosperaban, por definición, mientras que las razas «degeneradas» acababan viviendo en la pobreza y la miseria porque carecían de iniciativa y autodisciplina. Esta línea de pensamiento encajaba ahora insidiosamente con la teoría de los gérmenes: si los pobres y las clases trabajadoras también padecían de manera desproporcionada tifus, cólera y otras enfermedades mortales, entonces también era culpa suya, ya que Pasteur había mostrado que este tipo de enfermedades eran prevenibles.

A finales del siglo XIX, la eugenesia sirvió de base para políticas de inmigración y salud pública. Los antropólogos alemanes se dedicaron a clasificar los «tipos» humanos en sus colonias africanas, mientras que en algunos estados de Estados Unidos se esterilizó a la fuerza a las personas consideradas enfermas mentales. Curiosamente, aunque los eugenistas estadounidenses creían que los japoneses eran una raza inferior e intentaron mantenerlos alejados de su país, la eugenesia también fue popular en Japón, donde, por supuesto, se consideraba a la raza japonesa superior.[5] La eugenesia es ahora un tabú, pero en 1918 era muy popular e influyó profundamente en las respuestas a la gripe española.

«Las mentes de las diferentes generaciones son tan impenetrables unas por otras como las mónadas[*] de Leibniz», escribió el francés André Maurois, pero podemos destacar al menos algunas diferencias evidentes entre 1918 y ahora. El mundo estaba en guerra desde 1914. Los motivos de la guerra se encontraban principalmente en Europa, en las tensiones entre las grandes potencias imperiales del continente. La era de los descubrimientos había dado fruto

para 1914, cuando había más territorios del planeta colonizados por los europeos que en ninguna otra época. Tras ese apogeo, comenzaría un largo proceso de descolonización que desintegraría esos imperios y liberaría a sus colonias. Pero en 1918 también se libró una de las batallas finales de una de las últimas guerras coloniales, las guerras indias, en las que los colonos europeos de América del Norte combatieron y finalmente derrotaron a los pueblos indígenas.

En 1918 nacieron futuros jefes de Estado como Nicolae Ceaușescu y Nelson Mandela, al igual que el futuro escritor disidente Aleksandr Solzhenitsyn, el director de cine Ingmar Bergman y la actriz Rita Hayworth. Max Planck fue galardonado con el premio Nobel de física por sus trabajos sobre la teoría cuántica y Fritz Haber recibió el de química por inventar un proceso para producir amoniaco, que es importante para la fabricación de fertilizantes y explosivos (el comité del Nobel decidió no otorgar los premios de medicina, literatura o paz ese año). *Los planetas* de Gustav Holst recibió elogios cuando se estrenó en Londres, mientras que la obra de Joan Miró fue objeto de burla en la primera exposición individual del artista en Barcelona.

Las películas eran mudas y los teléfonos escaseaban. Las comunicaciones a larga distancia se realizaban principalmente a través del telégrafo o, en algunas partes de China, de palomas mensajeras. No había aviones comerciales, pero sí submarinos, y los barcos de vapor surcaban los océanos a una velocidad media de algo menos de doce nudos (unos veinte kilómetros por hora).[6] Muchos países disponían de redes ferroviarias extensas, pero otros muchos, no. Persia, un país tres veces más grande que Francia, contaba con doce kilómetros de vías férreas. También había solo 300 kilómetros de carreteras y un único automóvil, el del sha. Ford había puesto en circulación su

asequible modelo T, pero los coches eran un artículo de lujo, incluso en Estados Unidos. El medio de transporte más común era la mula.

Era un mundo que nos resulta familiar y también tremendamente extraño. Pese a los avances conseguidos gracias a la teoría de los gérmenes, las poblaciones humanas eran mucho menos saludables que las actuales e, incluso en los países industrializados, la causa principal de una mala salud seguían siendo, con mucho, las enfermedades infecciosas, no las enfermedades degenerativas crónicas que matan a la mayoría de las personas hoy en día. Después de haber entrado en la guerra en 1917, Estados Unidos emprendió un examen médico a gran escala de los reclutas, el primer examen médico nacional de su historia. A los resultados se los llegaría a conocer como «el horrible ejemplo»: de los 3,7 millones de hombres sometidos a reconocimiento médico, unos 550.000 fueron declarados no aptos, y se constató que casi la mitad de los restantes tenían alguna deformidad física que muchas veces era prevenible o curable.

Para nosotros, el vocablo «peste» significa algo muy concreto: la peste bubónica, así como sus variantes, la neumónica y la septicémica, todas ellas causadas por la bacteria *Yersinia pestis*. Pero en 1918, el término «peste» designaba a cualquier enfermedad peligrosa que atacara por sorpresa. Entretanto, la peste «real», la enfermedad que con el sobrenombre de «la peste negra» devastó la Europa medieval, seguía presente en dicho continente. Parece sorprendente, pero en Inglaterra su última aparición coincidió con la de gripe española.[7] Tampoco «mediana edad» tiene el mismo significado que en la actualidad: en Europa y Estados Unidos, la esperanza de vida al nacer no superaba los cincuenta años y en buena parte del planeta era mucho más baja. Por ejemplo, los indios y los persas tenían

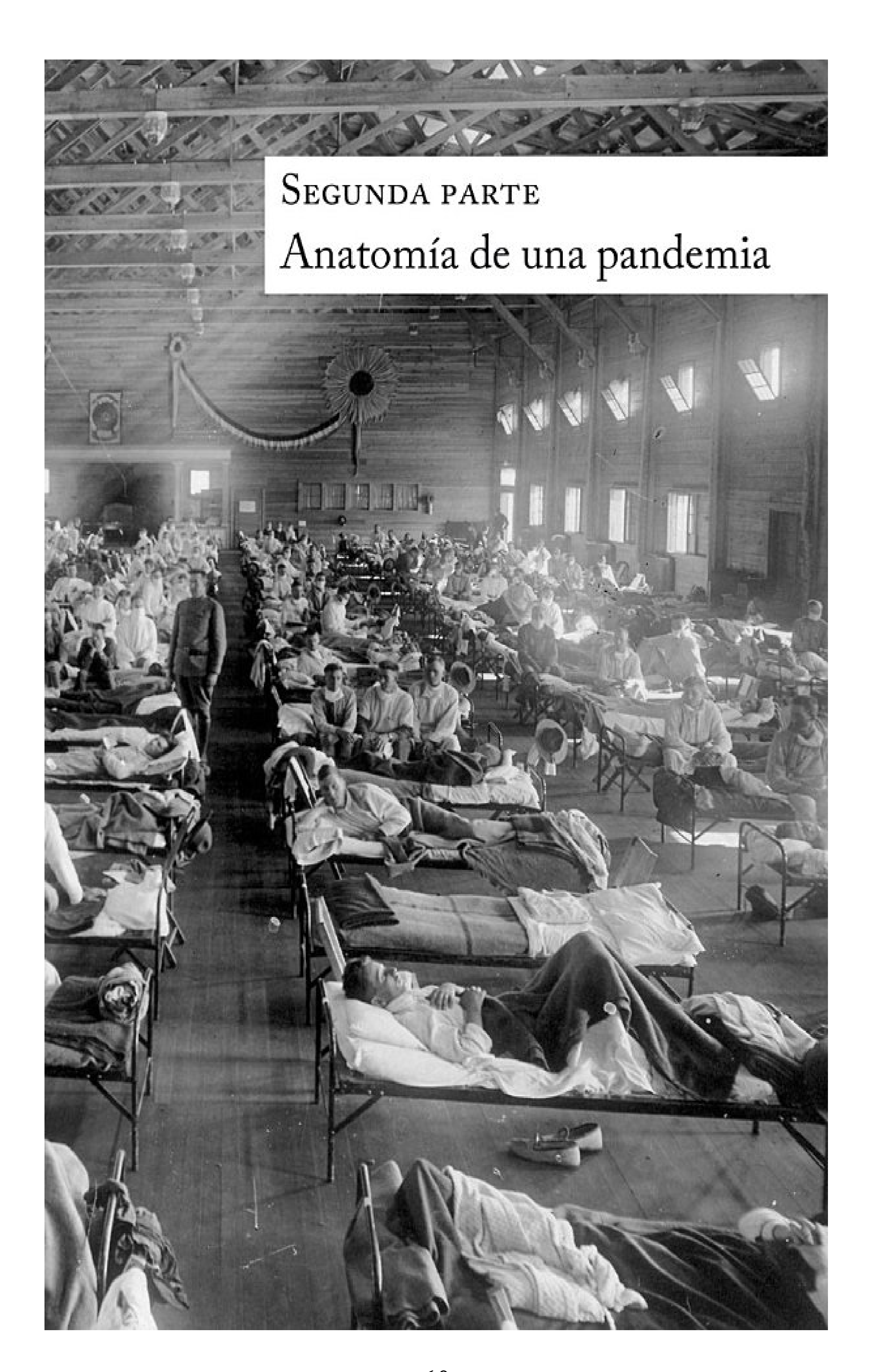
suerte si llegaban a celebrar su trigésimo cumpleaños.

Incluso en los países ricos, la inmensa mayoría de los partos tenían lugar en el hogar, las bañeras estaban reservadas para los ricos y una minoría significativa de la población era analfabeta. Las personas corrientes comprendían el concepto de contagio, pero no el mecanismo y, aunque parezca sorprendente, en vista de que para entonces la teoría de los gérmenes ya existía desde hacía medio siglo, pensemos en un paralelismo moderno. El descubrimiento de la estructura del ADN en 1953 dio origen al campo de la genética molecular, que, una vez más, alteró radicalmente nuestra manera de entender la salud y la enfermedad. Sin embargo, una encuesta realizada a estadounidenses corrientes medio siglo más tarde, en 2004, reveló un alto nivel de confusión sobre qué era en realidad un gen.[8]

En 1918, la formación de los médicos era deficiente, aunque desde 1910 Abraham Flexner había empezado a hacer campaña en favor de una educación médica rigurosa y normalizada en Estados Unidos. El seguro médico era prácticamente desconocido y, por lo general, la atención médica la sufragaban los propios pacientes o corría a cargo de organizaciones benéficas. Aún no se habían inventado los antibióticos y todavía era relativamente poco lo que las personas podían hacer cuando enfermaban. Incluso en París y Berlín, la enfermedad llenaba los intersticios de la vida humana. Acechaba detrás de las columnas periodísticas dedicadas a la guerra. Era la materia oscura del universo, tan íntima y familiar que no se podía hablar de ella. Infundía pánico, seguido de resignación. La religión era la principal fuente de consuelo y los padres estaban acostumbrados a sobrevivir al menos a algunos de sus hijos. La gente veía la muerte de un modo muy diferente. Era una asidua visitante; tenían menos miedo.

Este era el mundo en el que apareció la gripe española: un mundo que conocía el automóvil, pero se sentía más cómodo con la mula; que creía tanto en la teoría cuántica como en las brujas; a caballo entre las épocas moderna y premoderna, por lo que unas personas vivían en rascacielos y utilizaban teléfonos mientras otras vivían de un modo similar al de sus antepasados en la Edad Media. Sin embargo, la plaga que estaba a punto de desatarse sobre ellos no tenía nada de moderna; era totalmente antigua. Fue como si, desde la primera víctima mortal, toda la población del planeta, unos 1.800 millones de personas, hubiera retrocedido varios milenios en el tiempo, hasta una ciudad como Uruk.





Segunda parte
Anatomía de una pandemia

Hospital de emergencia creado para atender a los pacientes de gripe española en el campamento del ejército estadounidense en Funston, Kansas, 1918.

3
Ondas en un estanque

La mañana del 4 de marzo de 1918, Albert Gitchell, un cocinero del campamento Funston, en Kansas, acudió a la enfermería con irritación de garganta, fiebre y dolor de cabeza. Para la hora del almuerzo, la enfermería ya trataba más de un centenar de casos similares y, en las semanas siguientes, enfermaron tantos, que el oficial médico en jefe del campamento requisó un hangar para acomodarlos a todos.

Es posible que Gitchell no fuera la primera persona que contrajo la gripe «española». Desde 1918, y hasta nuestros días, se ha especulado sobre dónde comenzó realmente la pandemia. Sin embargo, ahora sabemos que su caso fue uno de los primeros que se registró oficialmente, por lo que se suele considerar por consenso, por razones de conveniencia, que marca el inicio de la pandemia. Otros quinientos millones de personas seguirían a Albert, metafóricamente hablando, hasta la enfermería.

Estados Unidos había entrado en la primera guerra mundial en abril de 1917 y, ese otoño, muchos jóvenes procedentes principalmente de las zonas rurales del país empezaron a acudir a campamentos militares para ser reclutados y adiestrados para la Fuerza Expedicionaria Estadounidense (FEE), la fuerza armada que el general John «Black Jack» Pershing comandó en Europa. El campamento Funston era uno de ellos. Suministraba soldados tanto a otros campamentos estadounidenses como directamente a Francia. En abril de 1918, la gripe era una epidemia en el medio oeste estadounidense, en las ciudades de la costa este

desde las que embarcaban los soldados y en los puertos franceses donde desembarcaban. Para mediados de abril, ya había llegado a las trincheras del frente occidental. El tiempo en Europa occidental fue inusualmente caluroso aquel mes, pero los soldados alemanes no tardaron en quejarse de *Blitzkatarrh*, algo que sin duda preocupó al director de higiene del Segundo Ejército alemán, Richard Pfeiffer, el hombre que había dado su nombre al bacilo de Pfeiffer. Desde el frente se propagó rápidamente por toda Francia y, desde allí, por Gran Bretaña, Italia y España. Hacia finales de mayo, enfermó en Madrid el rey de España, Alfonso XIII, junto con el presidente del Gobierno y varios ministros.[1]

También en el mes de mayo se registraron casos de gripe en Breslavia, en Alemania, ahora Wrocław en Polonia (donde Pfeiffer había ocupado la cátedra de higiene en tiempos de paz), y en el puerto ruso de Odesa, situado a 1.300 kilómetros al este. Después de que el nuevo gobierno bolchevique de Rusia hubiera firmado en marzo el Tratado de Brest-Litovsk con las potencias centrales, que sacó al país de la guerra, los alemanes empezaron a liberar a sus prisioneros de guerra rusos. En Alemania había escasez de mano de obra y al principio retuvieron a los sanos, pero, bajo los auspicios de varias sociedades de la Cruz Roja, liberaron a los inválidos, a razón de varios miles al día, y es probable que fueran estos «verdaderos muertos vivientes» quienes llevaran la gripe a Rusia.[2]

Aterrizó en el norte de África en mayo y, al parecer, rodeó África hasta llegar a Bombay (Mumbai) antes de que terminara el mes. Desde la India viajó hacia el este. Sin embargo, es posible que en cierto momento retrocediera, ya que se registraron casos de la enfermedad en el sudeste asiático en abril.[3] No mucho después llegaba a China. «Una rara epidemia asola el norte de China», informaba *The New York Times* el 1 de junio, y los neoquorquinos se

enteraron, mientras tomaban su café matutino, de que se habían registrado 20.000 casos en la ciudad de Tianjin, en el norte China, y «miles» más en Pekín. En la capital, «los bancos y los almacenes de seda han estado cerrados durante varios días en grandes sectores y la policía no ha podido desempeñar sus funciones». Se declaró en Japón a finales de mayo y, para julio, ya había llegado a Australia. Al parecer, a partir de entonces remitió.

Esta fue la primera oleada de la pandemia y fue relativamente leve. Al igual que la gripe estacional, creó trastornos, pero no provocó un gran pánico. Sin embargo, causó estragos en el escenario bélico europeo, donde interfirió considerablemente en las operaciones militares. Tras la firma del Tratado de Brest-Litovsk, como resultado del cual dejó de existir el frente oriental, el general Erich Ludendorff, artífice del esfuerzo de guerra alemán, intentó impedir la llegada de tropas estadounidenses lanzando una ofensiva contra el único gran frente que quedaba, el frente occidental. Veía en esta Kaiserschlacht, o batalla del káiser, la última oportunidad de ganar de Alemania y tenía a su disposición las divisiones recién liberadas del este. Sin embargo, pese a las victorias iniciales, la ofensiva acabó fracasando. Ambos bandos se vieron debilitados por la gripe. Aquella primavera llegaron a enfermar hasta tres cuartas partes de los soldados franceses y más de la mitad de los británicos. Unidades enteras quedaron paralizadas y los hospitales militares improvisados estaban a rebosar. La situación en el frente era espantosa. «Yacíamos a la intemperie solo con una lona y mucha fiebre», recordó Donald Hodge, un soldado raso británico que sobrevivió. En el bando alemán, 900.000 hombres quedaron fuera de combate.

Los propagandistas de los Aliados intentaron sacar provecho de esta situación. Lanzaron octavillas sobre

posiciones alemanas para informar de que si sus propias fuerzas no eran capaces de ayudarlos, lo harían las británicas. También revolotearon las octavillas sobre las ciudades alemanas. Cuando el periodista británico Richard Collier solicitó a principios de los años setenta del siglo XX testimonios directos de la pandemia, recibió una carta de un alemán llamado Fritz Roth que recordaba haber recogido una cuando era un colegial en Colonia. La población civil de Alemania había estado al borde de la inanición desde el «invierno de los nabos» de 1916-1917, cuando la pérdida de la cosecha de patata exacerbó las penurias causadas por el bloqueo naval de los Aliados. El texto del panfleto que recordaba se traducía aproximadamente como sigue: «Recen bien el padrenuestro, porque dentro de dos meses serán nuestros; entonces tendrán buena carne y panceta, y la gripe los dejará en paz».

La gripe los dejó en paz aquel verano, aunque no desapareció del todo en Europa. A finales de julio, el oficial del ejército turco Mustafá Kemal se vio retenido por ella en Viena cuando regresaba a Constantinopla (Estambul). Había estado inspeccionando las filas alemanas en el frente occidental y no le había impresionado lo que había visto. Cuando se reunió con su aliado alemán, el káiser, le dijo sin rodeos que esperaba que las Potencias Centrales perdieran la guerra. (El oficial turco se recuperó y llegó a convertirse en el primer presidente de la Republica de Turquía con el sobrenombre de Atatürk o «padre de los turcos».)

En agosto, la gripe regresó transformada. Fue la segunda oleada de la pandemia y la más letal, y se considera, de nuevo por consenso, que apareció en la segunda mitad del mes en tres puntos del Atlántico: Freetown en Sierra Leona, Boston en Estados Unidos y Brest en Francia. Era como si se hubiera estado gestando en mitad del océano, quizás en el triángulo de las Bermudas, pero obviamente no fue así. Un

buque militar británico la llevó a Freetown, es probable que un barco procedente de Europa la llevara a Boston, mientras que a Brest llegó o bien debido a la afluencia constante de soldados de la FEE o a los reclutas franceses que acudían a la ciudad para someterse a entrenamiento naval. En realidad, muchos franceses creyeron en ese momento que había llegado a Francia desde Suiza. Entretanto, los suizos pensaban que había penetrado en su país desde los países vecinos de Alemania y Austria, pese a sus denodados esfuerzos por imponer medidas de cuarentena en las fronteras. Suiza era neutral en la guerra, pero, en virtud de un acuerdo con las naciones beligerantes, recibía un flujo constante de prisioneros de guerra enfermos y heridos, a los que recluía en campos de internamiento en los Alpes.

El psicoanalista de cuarenta y tres años Carl Gustav Jung dirigió uno de estos campos, para oficiales británicos internados, en el pintoresco pueblo montañoso de Château-d'Œx. En los meses finales de la guerra, se relajó la disciplina del campo y se permitió a los internos recibir visitas. Uno de los biógrafos de Jung cuenta la siguiente anécdota, posiblemente apócrifa: un día, Jung estaba hablando con la esposa de un oficial británico que había acudido a visitarlo. Durante la conversación, la mujer le explicó que las serpientes de sus sueños siempre significaban enfermedades y que había soñado con una enorme serpiente marina. Cuando más tarde se declaró la gripe en el campo, Jung lo consideró una prueba de que los sueños podían ser proféticos.[4] La gripe apareció por primera vez en el campo de Jung en julio. Para el 2 de agosto, se registraron casos de muerte por gripe entre los soldados franceses que regresaban a casa desde los campos suizos.[5]

La segunda oleada se propagó más allá de Boston, Freetown y Brest con la ayuda de los movimientos de tropas.

A principios de septiembre, Franklin Delano Roosevelt, por entonces un joven subsecretario de la Marina, presentó los síntomas mientras regresaba a Nueva York desde Francia a bordo del buque de transporte de tropas *SS Leviathan* y tuvo que ser desembarcado en una camilla. A lo largo de los dos meses siguientes, se extendió desde la costa nororiental a toda América del Norte y de ahí, a través de América Central, hasta América del Sur, a donde también llegó por mar (al igual que al Caribe; Martinica se libró hasta finales de noviembre, cuando llegó, como en tantas ocasiones, en un buque correo). América del Sur, a la que no había afectado la oleada de primavera, notificó su primer caso después de que un buque correo británico, el *SS Demerara*, atracara el 16 de septiembre en la ciudad de Recife, en el norte de Brasil, llevando la infección a bordo.

Desde Freetown, la gripe se propagó por la costa de África occidental y el interior a través de los ríos y la red ferroviaria colonial. Las personas infectadas la llevaron en bicicleta, canoa, camello y a pie desde las terminales ferroviarias del interior hasta las comunidades más apartadas. Sudáfrica estaba muy expuesta a la enfermedad, con sus numerosos puertos y una red ferroviaria muy desarrollada, y la gripe llegó a Ciudad del Cabo en septiembre a bordo de dos buques de transporte de tropas que habían recalado previamente en Freetown. Entre ambos, el *Jaroslav* y el *Veronej* llevaban de regreso a unos 1.300 de los 21.000 miembros del Contingente de Trabajadores Nativos de Sudáfrica que habían prestado servicio en Francia. Cuando llegaron los barcos, se tomaron algunas precauciones básicas para aislar a los contagiados, pero no se identificaron todos los casos, se dio el alta erróneamente a algunos hombres y se los permitió subir a trenes para que regresaran a sus casas. Desde Sudáfrica la gripe se extendió con rapidez por todo el sur del continente hasta el río

Zambeze y más allá. Llegó al Cuerno de África en noviembre y Haile Selassie I, el regente de Abisinia, anunció que había matado a 10.000 personas en la capital, Addis Abeba: «Pero yo, después de haber enfermado gravemente, me libré de la muerte gracias a la bondad de Dios».[6]

El 5 de septiembre, los Ballets Rusos de Serguéi Diáguilev ofrecieron una representación de *Cleopatra* en el Coliseum Theatre de Londres. El gran bailarín y coreógrafo Léonide Massine tenía pavor a contraer la gripe. «Solo llevaba un taparrabos. Tras mi "muerte", tenía que yacer quieto durante varios minutos en el gélido escenario, mientras el frío me penetraba en los huesos [...]. No ocurrió nada malo, pero al día siguiente me enteré de que el policía que siempre estaba delante del teatro, un tipo enorme, había muerto de gripe», recordó más tarde.[7]

A finales de septiembre la gripe se había propagado por la mayor parte de Europa, provocando otra interrupción de las operaciones militares. El tuberculoso Franz Kafka la contrajo en Praga el 14 de octubre y, mientras se hallaba en su lecho de enfermo, fue testigo de la caída del Imperio austrohúngaro desde su ventana. «La primera mañana de la gripe de Kafka, la familia se despertó al oír unos ruidos inusuales, el sonido metálico de las armas y órdenes proferidas a gritos. Cuando descorrieron las cortinas, vieron algo alarmante: de los oscuros callejones surgieron pelotones enteros marchando a paso ligero y empezaron a acordonar sistemáticamente Altstädter Ring», escribió uno de sus biógrafos.[8] Se había movilizado al ejército para contener la amenaza muy real de una revolución ante la desastrosa situación de abastecimiento y el movimiento, que estaba cobrando fuerza, para declarar un Estado checo independiente.

La historia moderna de Polonia tiene un triste eco en su experiencia de la gripe española. El 1918, el país había sido

borrado por completo del mapa por sus vecinos más poderosos, Alemania, Austria-Hungría y Rusia, que se lo habían repartido entre ellos. El territorio moderno de Polonia recibió la segunda oleada de gripe de los tres Estados de la partición y los frentes de la enfermedad convergieron en el río Vístula, en Varsovia, el corazón geográfico del país tal y como sería reconstituido más tarde ese mismo año.[9] En el centro de Varsovia caería enfermo Jan Steczkowski, el presidente del Gobierno provisional instaurado en los territorios polacos ocupados con la bendición de Alemania y Austro-Hungría.

La oleada de otoño se extendió en una amplia diagonal desde el sudoeste hasta el nordeste a través de Rusia, lo que sugiere que los prisioneros de guerra que regresaban seguían siendo una fuente de contagio, aunque es probable que la gripe penetrara en el vasto territorio ruso por diferentes puntos de sus fronteras en cuestión de días o semanas. El *Times* de Londres informó de su presencia en Petrogrado (San Petersburgo) ya en agosto, junto con el tifus, la viruela, la meningitis y una oleada de «locura». El historiador estadounidense Alfred Crosby ha señalado que los soldados de la FEE infectaron el puerto norteño de Arcángel, en el mar Blanco, al llegar allí el 4 de septiembre para apoyar a las fuerzas antibolcheviques.[10] Y antes de que terminara septiembre, el recién creado Comisariado del Pueblo de Sanidad en Moscú había recibido notificaciones de casos en todo el país.

La guerra civil rusa, el ferrocarril transiberiano y la lucha entre Gran Bretaña y Rusia por el control de Persia, el llamado «Gran Juego», contribuyeron a que la gripe se propagara por el norte de Asia. Entró en la desventurada Persia por varias rutas, pero tal vez la más eficaz desde el punto de vista de la propagación fue la nororiental, a través de la ciudad santuario de Mashhad. Llegó a la India en

septiembre y, para octubre, había regresado a China. En los últimos días de este mes, un ataque de gripe obligó al primer ministro japonés, Hara Takashi, a cancelar una audiencia con el emperador (sobrevivió, pero fue asesinado tres años más tarde).

El 5 de noviembre se declaró el fin de la epidemia en Nueva York, pero continuó en la Europa devastada por la guerra, donde se prolongó debido a la escasez de alimentos y de combustible. Cuando llegó el frío, el cónsul francés en Milán señaló que las amas de casas obligadas a hacer cola entre la niebla helada para conseguir leche eran un blanco especialmente fácil.[11] Tras salir de una cárcel inglesa, la patriota y sufragista irlandesa Maud Gonne regresó a Dublín para reclamar su casa al poeta W. B. Yeats, al que se la había alquilado. La mujer de Yeats, en avanzado estado de gestación, se hallaba enferma de gripe en ese momento y este no dejó pasar a Gonne. La mujer que durante tanto tiempo había sido su musa, a la que había dedicado el verso «Pisa suavemente, pues caminas sobre mis sueños», le bombardeó con cartas de odio y la hija de Gonne recordaba un terrible enfrentamiento entre ambos, «entre las niñeras y los cochecitos de bebé» del parque Saint Stephen’s Green.[12]

Curiosamente, la gripe salvó al menos una vida ese otoño, la de un joven físico húngaro llamado Leó Szilárd. Enfermó mientras se adiestraba con su regimiento en Kufstein, en Austria, y le concedieron un permiso para que regresara a su casa de Budapest. Allí fue ingresado en el pabellón de un hospital que «parecía una lavandería», con sábanas mojadas amontonadas entre las camas.[13] No es probable que este tratamiento con humedad contribuyera a su ulterior recuperación, pero aún seguía en el hospital cuando recibió una carta de su capitán en la que le informaba de que el resto de los miembros de su regimiento habían muerto en la

batalla de Vittorio Veneto, en el frente italiano. Szilárd se mudó más tarde a Estados Unidos y trabajó en el problema de la fisión nuclear. Llegaría a ser conocido como uno de los artífices de la bomba atómica.

El 9 de noviembre abdicó el káiser. El día 11 se firmó el armisticio y estallaron celebraciones en todo el mundo, creando las condiciones casi perfectas para que se propagara una enfermedad de masas. Miles de personas se lanzaron a las calles de Lima, Perú, provocando una explosión de gripe en los días siguientes. Un baile que organizó la Cruz Roja para celebrar el armisticio en Nairobi, Kenia, tuvo unas consecuencias similares, mientras que en Londres, el poeta Ezra Pound vagó por las calles lluviosas «para observar el efecto del armisticio en el populacho» y contrajo lo que en un principio creyó que era un resfriado.[14]

Para diciembre de 1918, la mayor parte del mundo volvía a estar libre de la gripe. Muy pocos lugares del planeta habían escapado a la mortal oleada de otoño, aunque hubo algunas excepciones: el continente de la Antártida; las diminutas islas de Santa Helena en el Atlántico Sur y Marajó en la desembocadura del río Amazonas; y una isla más grande, Australia, una llamativa excepción a la regla de que poco podían hacer los humanos para protegerse, ya que una estricta cuarentena marítima mantuvo a la gripe alejada.

Las autoridades australianas levantaron la cuarentena a principios de 1919, una medida que resultó ser demasiado prematura, ya que fue entonces cuando se produjo la tercera oleada. La virulencia de esta fue intermedia entre la de las otras dos. Más de 12.000 australianos murieron en el verano austral de 1918-1919, después de que el virus finalmente irrumpiera allí, aunque no fueron los únicos en bajar la guardia. La tercera oleada llegó mientras las comunidades de todo el mundo aún no se habían recuperado de la segunda. Alcanzó su punto álgido en Nueva York en la última semana

de enero y llegó a París mientras se celebraban las negociaciones de paz. Los delegados de varios países enfermaron, lo que demuestra, si es que es necesaria una prueba, que el virus trascendías las fronteras geopolíticas.

Algunos han sugerido que una cuarta oleada afectó a los países del norte en el invierno de 1919-1920 y que podría haberse cobrado las vidas del politólogo alemán Max Weber y, en Gran Bretaña, del médico canadiense William Osler, el hombre que acuñó la expresión «amiga del hombre viejo» para referirse a la neumonía, pero se la suele excluir de la pandemia propiamente dicha. La opinión mayoritaria es que la tercera oleada, y por tanto la pandemia, había terminado en el hemisferio norte para mayo de 1919. Sin embargo, al hemisferio sur aún le aguardaban muchos más meses de sufrimiento, ya que la pandemia fue escalonada en el tiempo con respecto al norte.

En Brasil solo hubo una oleada de gripe, la del otoño de 1918, pero Chile se vio afectado por una segunda un año más tarde, mientras que la más letal que invadió la capital peruana fue la tercera, a principios de 1920. La ciudad de Iquitos se encuentra en el interior de la Amazonía peruana e, incluso en la actualidad, solo se puede llegar hasta ella por vía aérea o fluvial. Su aislamiento propició que solo tuviera un encontronazo con la gripe, a finales de 1918, pero ese mismo aislamiento, junto con las dificultades para acceder a la asistencia médica, hizo que fuera devastador. La tasa de mortalidad en Iquitos, que por entonces era el centro del comercio de caucho del Amazonas, duplicó a la registrada en Lima.[15]

Esta última oleada de muertes también se hizo sentir en el otro lado del Pacífico, en Japón. La «última epidemia», como la llamaron los japoneses (para diferenciarla de la «primera epidemia» del otoño de 1918), empezó a finales de 1919 y se alargó hasta 1920. El 18 de marzo de 1920, un campesino

japonés de Shōnai, una población situada a 500 kilómetros al norte de Tokio, escribió la siguiente anotación en su diario: «Keishirō ha cogido un resfriado y está tosiendo, por lo que ha ido a visitar la imagen divina del Monje de Dejar de Toser al sur de la aldea de Kannonji para rogar que se recupere de la tos».[16] Las anotaciones anteriores y posteriores a esta sugieren que Keishirō, que era un familiar del campesino, padeció la gripe española. De ser cierto, debió de ser uno de los últimos casos, ya que, para entonces, la pandemia había finalizado.

4
Como un ladrón en la noche

La inmensa mayoría de las personas que contrajeron la gripe española solo presentaron los síntomas de una gripe común: irritación de garganta, dolor de cabeza y fiebre. Y como ocurre con la gripe común, la mayoría de las personas que enfermaron en la primavera de 1918 se recuperaron. Hubo casos excepcionales en los que la enfermedad se complicó gravemente y algunos de estos desafortunados enfermos murieron, pero, aun siendo lamentable, no fue algo inesperado. Ocurría lo mismo cada invierno.

Sin embargo, cuando la enfermedad regresó en agosto, ya no tenía nada de ordinaria. Lo que empezó siendo una gripe común se transformó rápidamente en algo más siniestro. La gripe en sí era peor y también había más probabilidades de que se complicara con una neumonía; de hecho, la neumonía bacteriana fue la causante de la mayor parte de las muertes. Los pacientes no tardaban en tener problemas para respirar. En sus pómulos aparecían dos manchas de color caoba y, al cabo de unas pocas horas, esta tonalidad había cubierto sus rostros de oreja a oreja, «hasta el punto que resulta difícil distinguir a los hombres de color de los blancos», escribió un médico militar estadounidense.[1]

Los médicos denominaron a este estremecedor efecto «cianosis heliotrópica». Al igual que muchos comerciantes de vino de Burdeos, trataron de describir la tonalidad de la forma más precisa posible, convencidos de que el menor cambio en la pigmentación aportaba información sobre el pronóstico del paciente. Según un médico, se trataba de un «ciruela rojizo oscuro e intenso». Mientras el rojo fuera el

tono dominante, había margen para el optimismo, pero en cuanto «había que mezclar un poco de heliotropo, lavanda o malva con el rojo», el panorama se volvía sombrío.[2]

El azul se oscurecía hasta volverse negro. El color negro aparecía primero en las extremidades (las manos y los pies, incluidas las uñas), se iba extendiendo y acababa impregnando el abdomen y el torso. Si se estaba consciente, se podía ver cómo la muerte entraba por la punta de los dedos y se iba apoderando de uno. Cuando Blaise Cendrars visitó el 8 de noviembre el número 202 del Boulevard Saint-Germain, el portero le informó de que el señor y la señora Apollinaire estaban enfermos. Cendrars cuenta que subió las escaleras y golpeó la puerta. Alguien le dejó entrar. «Apollinaire estaba acostado de espaldas. Estaba completamente negro», recordaba.[3]

Apollinaire murió al día siguiente. Una vez que aparecía el color negro, la muerte sobrevenía en cuestión de días o de horas. La aflicción de los deudos se veía agravada por el aspecto del cadáver: no solo tenían la cara y las manos ennegrecidas, sino también el pecho horriblemente hinchado. «El cuerpo se descomponía con mucha rapidez y el pecho se había levantado literalmente, por lo que tuvimos que empujar hacia abajo a mi pobre hermano dos veces. Hubo que cerrar la tapa del ataúd de golpe», escribió un superviente.[4] Al realizar la autopsia, los patólogos descubrían en el interior del pecho los pulmones rojos e inflamados, congestionados por la sangre hemorrágica y con la superficie cubierta por una espuma rosácea acuosa. Las víctimas de la gripe morían asfixiadas, ahogadas por sus propios fluidos.

Las mujeres embarazadas que contraían la gripe sufrían abortos y partos prematuros con una frecuencia sorprendente. La gente empezaba a sangrar por la nariz y la boca de forma espontánea. El 29 de septiembre de 1918, un

buque llamado acertadamente *Leviathan,* uno de los más grandes del mundo en esa época, zarpó con rumbo a Francia desde Hoboken, en Nueva Jersey, llevando a bordo a 9.000 militares y a la tripulación. La enfermedad se manifestó nada más abandonar el puerto. Cuando atracó una semana más tarde en Brest, había 2.000 hombres enfermos y se habían producido unas noventa muertes a bordo. Las escenas que presenciaron los pasajeros del barco durante la travesía fueron dantescas. Los espacios entre las literas de los compartimentos de las tropas eran tan angostos, que las enfermeras que atendían a los enfermos no podían evitar dejar un rastro de sangre entre ellos. Como los enfermos no podían utilizar las literas superiores, los hombres yacían semiinsconscientes en las cubiertas, que no tardaron en volverse resbaladizas por la sangre y los vómitos. «Nadie que no lo haya visto es capaz de visualizar las condiciones durante la noche», escribió un soldado estadounidense que hizo la travesía, y los «lamentos y los gritos de los hombres aterrados se sumaban a la confusión de los que pedían a voces que los atendieran».[5]

Toda la constitución se veía afectada. La gente decía que la gripe española tenía un olor como a paja enmohecida. «Nunca antes ni después he olido nada igual. Era horrible, porque había veneno en ese virus», recordaba una enfermera. Se caían los dientes y el cabello. Algunos ni siquiera presentaban síntoma alguno antes de desplomarse en el sitio. El delirio era habitual. «Se excitaban y agitaban mucho. Era necesario atarlos a las camas para impedir que se hicieran daño cuando se convulsionaban», escribió un médico en Berlín. Otro médico de París observó que, en contra de toda lógica, el delirio parecía manifestarse cuando la fiebre había desaparecido. Describió la angustiosa sensación de sus pacientes de que el fin del mundo estaba cerca y sus episodios de llanto violento.[6] Se notificaron

casos de suicidio, de pacientes que habían saltado por las ventanas de los hospitales. Los niños también morían en circunstancias trágicas, pero mientras se decía que los adultos «saltaban», los niños «se caían». Cerca de Lugano, en Suiza, un abogado llamado Laghi se cortó la garganta con una navaja. Un oficinista que trabajaba en la City de Londres no acudió un día a trabajar y, en su lugar, tomó un tren hasta Weymouth, en la costa meridional de Inglaterra, donde se arrojó al mar.[7]

Los enfermos sufrían mareos, insomnio, pérdida de audición u olfato y visión borrosa. La gripe puede provocar la inflamación del nervio óptico y un efecto bien documentado de ello es la discromatopsia. Muchos pacientes comentaron al recobrar el conocimiento que el mundo se les aparecía descolorido y apagado, como si aquellos rostros cianóticos lo hubieran vaciado de color. «Sentada en un diván cerca de una ventana, producía un melancólico asombro ver la luz del sol incolora sesgada sobre la nieve bajo un cielo privado de su azul», escribió Katherine Anne Porter, una superviviente estadounidense, en su relato autobiográfico *Pálido caballo, pálido jinete*.[8]

Sin embargo, lo más aterrador era cómo sobrevenía: en silencio, sin avisar. Una característica de la gripe es que el periodo de infecciosidad elevada precede a la aparición de los síntomas. Puede parecer que una persona está bien al menos durante un día, y en ocasiones incluso durante más tiempo, y estar infectada y poder contagiar la enfermedad. En 1918, si oías toser a un vecino o a un pariente, o le veías desplomarse delante de ti, sabías que era muy posible que tú también estuvieras enfermo. En palabras de un funcionario de sanidad de Bombay, la gripe española llegó «como un ladrón en la noche, con una aparición rápida e insidiosa».[9]

Cuando Pedro Nava llegó a Río de Janeiro en agosto de 1918, tenía quince años. Había ido a vivir con su «tío» Antonio Ennes de Souza en el barrio alto de Tijuca, situado en el norte de la ciudad. Ennes de Souza era primo hermano de José, el padre de Nava, quien había muerto en 1911 dejando a la familia en una situación económica precaria que la obligó a abandonar la ciudad. Cuando llegó el momento de que Nava estudiara en serio, su madre le envió de vuelta a Río, al cuidado del tío Ennes de Souza.

No tardó en quedar cautivado por sus elegantes y animadas amistades cariocas, y en especial por una visitante habitual de la casa, una sobrina de la «tía» Eugenia que se llamaba Nair Cardoso Sales Rodrigues. En sus memorias, escritas más de medio siglo después, describió a la radiante Nair y la comparó con la Venus de Milo, con su «piel de camelia, los labios de pétalos encarnados, los cabellos prodigiosos», y recordaba con total claridad la noche en que ambos oyeron hablar de la epidemia conocida como *espanhola*.[10]

Era finales de septiembre y, como de costumbre en el hogar de Ennes de Souza, se leían en voz alta los periódicos durante la cena. Informaban de 156 muertes en el navío *La Plata*, que había zarpado de Río con rumbo a Europa y llevaba a bordo a los miembros de una misión médica brasileña. La enfermedad se había declarado dos días después de partir de Dakar, en la costa occidental de África, pero África estaba a mucha distancia y el barco se dirigía aún más lejos. ¿Por qué habrían de preocuparse? De lo que no se informó esa noche, tal vez debido a la censura o a que la prensa no lo juzgó suficientemente interesante, fue del avance de un buque correo británico, el *Demerara*, que había recalado en Dakar mientras se dirigía a Brasil. El 16 de

septiembre había llegado a la ciudad norteña de Recife con casos de gripe a bordo y por entonces se dirigía al sur, hacia Río.

Después de la cena, Nava fue a sentarse junto a una ventana abierta con su tía, cuya espalda rascaba servicialmente. Nair se sentó con ellos y mientras ella contemplaba la noche tropical, él la contemplaba a ella. Cuando el reloj marcó la medianoche, cerraron la ventana y salieron de la habitación, pero Nair se detuvo para preguntar si debían preocuparse por la enfermedad «española». Nava recordaba la escena años más tarde: «Estábamos los tres delante de los espejos venecianos en los que nuestros múltiples reflejos se perdían en el infinito de dos inmensos túneles». Eugenia le dijo que no había motivos para preocuparse y se dieron las buenas noches.

El *Demerara* arribó al puerto de Río la primera semana de octubre sin encontrar ninguna resistencia. Puede que no fuera el primer barco infectado que llegaba a la capital, pero la gripe empezó a propagarse por los barrios más pobres de la ciudad al menos desde el momento de su arribada. El 12 de octubre, un sábado, se celebró un baile en el Club dos Diàrios, uno de los lugares preferidos de los magnates del café y otras personas influyentes de la ciudad. Al cabo de una semana, muchos de los adinerados huéspedes se hallaban postrados en cama, y también la mayoría de los compañeros de estudios de Nava. Cuando acudió al instituto el lunes por la mañana, solo se presentaron once de los cuarenta y seis alumnos de su curso. Al final del día, el instituto había cerrado por tiempo indefinido. Nava, a quien le dijeron que fuera directamente a casa y no se entretuviera en las calles, se encontró cuando llegó al domicilio de su tío, en el número 16 de la Rua Major Ávila, con que tres miembros de la familia habían enfermado desde la mañana.

La ciudad no estaba en absoluto preparada para la

enfermedad que se abatió sobre ella. Los médicos trabajaban sin descanso y al regresar a casa se encontraban con más pacientes esperándolos. «Agenor Porto me dijo que, para poder descansar, tenía que permanecer tumbado escondido dentro de su *landaulet* [vehículo] y cubierto por sacos de lona.» Los alimentos escaseaban, sobre todo la leche y los huevos. Los cariocas, como se llama a los habitantes de Río, estaban aterrados y los periódicos informaron del deterioro de la situación en la ciudad. «Se hablaba de ataques a panaderías, almacenes y bares por bandas de famélicos y convalecientes que robaban y tosían [...] de alimentos reservados para los privilegiados, las clases altas y los miembros del Gobierno, transportados con vigilancia ante la mirada de una población que babeaba.»

El hambre se apoderó de la casa de Major Ávila. «Conocí a esa compañera pardusca. Recuerdo, después de un día de papilla de mandioca, de otro con restos de cerveza, vino, licores y aceite, el amanecer del tercero. No había desayuno, nada para comer ni beber», escribió Nava. Ennes de Souza, que tenía 71 años, se puso un sombrero de ala ancha, cogió un bastón y una cesta de mimbre y, acompañado de su convaleciente sobrino Ernesto, «pálido y con la barba descuidada», salió a ver qué podía conseguir para su hambrienta familia. «Al cabo de muchas horas regresaron. Ernesto traía una bolsa llena de galletas María, un pedazo de tocino y una lata de caviar, y su tío una decena de latas de leche condensada.» La tía Eugenia racionó severamente estos valiosos alimentos, «como si la casa de Major Ávila fuera una balsa con los náufragos de la *Medusa*».

Se presentó un visitante inesperado en la casa: el abuelo materno de Nava. Dijo que estaba de paso por allí desde el estado vecino de Minas Gerais, donde la epidemia apenas había llegado. Pidió, sobre todas las cosas, ver los lugares de interés: Praia Vermelha, Pan de Azúcar. Su nieto le

complació y contempló maravillado la imagen de la Praça da República, el amplio espacio público que se encuentra en el centro de la ciudad, tan vacía como la luna. «Volví a verla así mucho más tarde, cuarenta y seis años después, el 1 de abril de 1964, pero eso fue durante la revolución».

Recordaba mirar al cielo y ver una bóveda de piedra pómez en la que el sol parecía un borrón amarillo sucio. «La luz el sol parecía arena en los ojos. Hacía daño. El aire que respirábamos era árido.» Le rugían los intestinos y tenía dolor de cabeza. Se durmió en el tranvía mientras regresaba a casa y tuvo una pesadilla en la que la escalera en la que estaba se deslizaba bajo sus pies. Se despertó tiritando y con la frente ardiendo. Su abuelo le llevó a casa, donde se rindió a la enfermedad. «Seguí cayendo por aquellas escaleras [...] Comenzaron los días de alucinaciones, sudor y mierda.».

Cuando Nava enfermó, Río era la capital de una joven república. Un golpe militar había puesto fin al reinado del emperador Pedro II en 1889, y tras la abolición de la esclavitud un año antes, se produjo una afluencia masiva de esclavos negros y mulatos liberados. Los más pobres se mudaron a los *cortiços* o barriadas del centro de la ciudad. Los *cortiços,* que en portugués significa «colmenas», solían carecer de agua corriente, de alcantarillado y de la ventilación adecuada. Las condiciones de vida eran mejores que en los *subúrbios*, los barrios de chabolas que se expandían a las afueras de la ciudad, pero los *cortiços* eran más visibles. Para los cariocas blancos de clase media estaban parasitando la ciudad. Aluísio Azevedo expresó el temor que le inspiraban en su novela *O Cortiço*:

> Durante dos años, la barriada creció de día en día, ganado fuerza y devorando a la gente. Y al lado, Miranda se asustaba, inquieto por aquella exuberancia brutal de la vida, aterrado frente a aquella floresta implacable que crecía junto a su casa, bajo las ventanas, cuyas raíces, peores y más gruesas que serpientes, lo minaban todo, amenazando con agrietar el suelo y destruirlo todo.

Cuando el presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves llegó al poder en 1902, puso en marcha un ambicioso programa de renovación urbanística con el objetivo de convertir Río en un escaparate de la civilización republicana moderna. En su visión de la *cidade maravilhosa*, la ciudad maravillosa, no tenían cabida los *cortiços*, aquellos nidos de enfermedades cuyos habitantes, condenados por su biología, estaban «atrapados en un círculo vicioso de desnutrición e infección».[11] Fueron destruidos por completo y sus habitantes, desalojados. Demolieron seiscientas casas para construir la magnífica Avenida Río Branco, por lo que cuando la viajera estadounidense Harriet Chalmers Adams describió la ciudad en 1920, pudo escribir que «esta zona de la ciudad es más fresca desde entonces, ya que la brisa recorre la amplia avenida de un muelle a otro».[12] Sin embargo, la mezcla de las diferentes clases que había caracterizado en el pasado a Río, sus encuentros en busca de diversión, sobre todo cuando se trataba de la música y el baile, había desaparecido. Ya no había ningún ámbito de la vida carioca en el que los ricos y los pobres no estuvieran separados por un abismo impenetrable.

El presidente también se propuso erradicar las enfermedades infecciosas en la ciudad y contó para ello con la ayuda de un médico, Oswaldo Cruz, quien en 1904, cuando era director general de Salud Pública, había ordenado una campaña de vacunación obligatoria contra la viruela. Por aquel entonces, la inmensa mayoría de los brasileños no tenía ni idea de la teoría de los gérmenes. Para muchos, fue su primera experiencia de una intervención estatal en el ámbito de la salud pública y, por tanto, algo extraordinario, y los cariocas pobres se rebelaron. Sin embargo, la «revuelta de la vacuna», como se la denominó, fue algo más que una protesta contra una presunta vulneración. Fue una manifestación de una lucha de clases

más amplia sobre a quién debía servir la ciudad: a las masas brasileñas o a la élite europea.[13]

Una década más tarde, la mayoría de los brasileños había aceptado la vacunación, pero la impopularidad de Cruz perduró más allá de su muerte en 1917 y fue este legado el que determinó la respuesta de los cariocas en 1918 ante la nueva amenaza de una enfermedad. El 12 de octubre, el día en que la gripe se propagó entre los elegantes huéspedes del Club dos Diàrios, la revista satírica *Careta* (*Grimace*) expresó su temor a que las autoridades exageraran el peligro que entrañaba esta simple *limpa-velhos* (mataviejos) para justificar la imposición de una «dictadura científica» y vulnerar los derechos civiles de los ciudadanos. La prensa presentó al director de Salud Pública, Carlos Seidl, como un titubeante burócrata y los políticos tildaron de estupideces sus afirmaciones de que los microbios viajaban por el aire, insistiendo en que el «polvo de Dakar podía llegar hasta aquí». Incluso se llegó a bautizar a la epidemia como el «mal de Seidl». A finales de octubre, cuando medio millón de cariocas estaban enfermos, más de la mitad de la población, todavía había líderes de opinión en Río que dudaban de que la enfermedad fuera la gripe.[14]

Para entonces, había tantos cadáveres sin enterrar en la ciudad, que la población empezó a temer que representaran un riesgo para la salud. «En mi calle, se veía desde la ventana un mar de cadáveres. La gente apoyaba los pies de los difuntos en los alféizares de las ventanas para que la asistencia pública fuera a recogerlos, pero el servicio era lento y llegó un momento en el que el aire comenzó a apestar; los cuerpos empezaron a hincharse y pudrirse. Muchos comenzaron a arrojar los cadáveres a la vía pública», recordaba un carioca.[15]

«El jefe de policía estaba al borde de la desesperación cuando la solución vino de Jamanta, el célebre juerguista del

Carnaval», escribió Nava. De día, Jamanta era José Luís Cordeiro, un periodista del influyente *Correio de Manhã* (*Correo de la Mañana*), un periódico que solía adoptar una postura desfavorable sobre el Carnaval. De noche era otra persona, un bromista que, «por uno de esos caprichos de bohemio, había aprendido a conducir tranvías solo por diversión».

Cuando el *Correio* se disculpó por no poder salir a tiempo, debido a la incidencia de la enfermedad entre su personal, intervino Jamanta. «Pidió a sus jefes un vagón de tranvía para equipajes y dos vagones de segunda clase y recorrió con ellos la ciudad de norte a sur.» Circuló por las calles oscuras y desiertas con su espantosa carga hasta el cementerio de São Francisco Xavier en Cajú, en el norte de Río, donde descargaba la siniestra caravana que parecía «el Tren Fantasma o el barco de Drácula», antes de dar la vuelta para hacer otro viaje, «aunque ya hubiera salido el sol».

La campana de la puerta del cementerio de Cajú no dejaba de repicar, enloqueciendo casi a los que vivían cerca. Los sepultureros no podían cavar suficientemente rápido; había un millar de cuerpos a la espera de ser enterrados. Para ganar tiempo, cavaban fosas menos profundas. «A veces, la fosa era tan superficial que, de repente, florecía un pie en la tierra», recordaba el escritor Nelson Rodrigues.[16] Contrataron a sepultureros no profesionales a precios ventajosos. «Después llegaron los presos. El caos», escribió Nava. Reclutaron a reos para agilizar los trabajos. Se propagaron rumores espantosos: de dedos y lóbulos cortados para robar las joyas; de que levantaban las faldas a las muchachas; de necrofilia; de personas enterradas vivas. Se decía que en los hospitales se servía siempre a la misma hora el «té de medianoche» a los desahuciados para acelerar su viaje a la «Santa Casa», como los vendedores de ataúdes llamaban eufemísticamente a los cementerios.

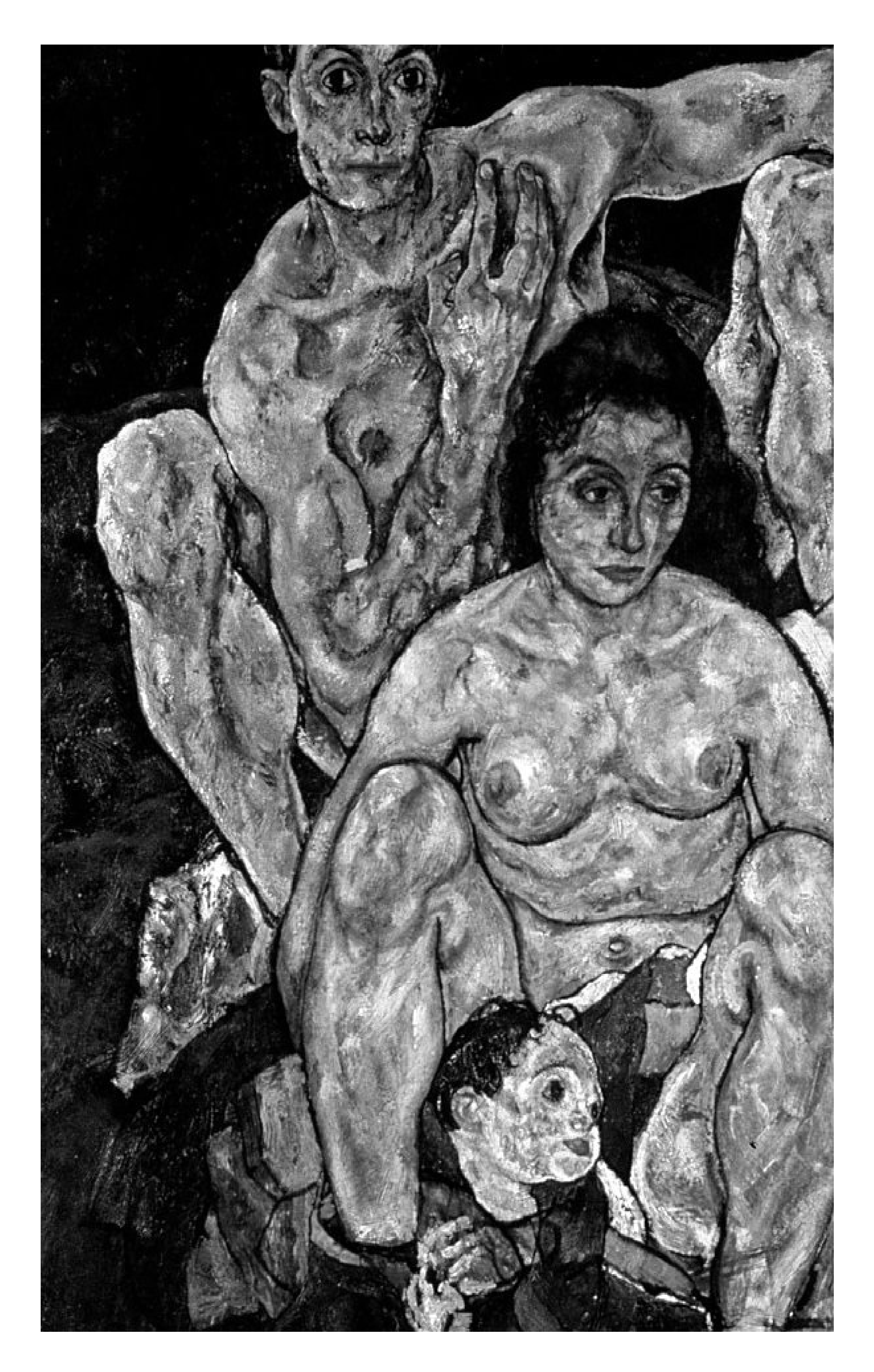
¿Eran ciertos los rumores o se trataba de una especie de alucinación colectiva? ¿Había dado la ciudad rienda suelta a la imaginación por miedo? Nava llegó a la conclusión de que, en el fondo, no importaba, porque el efecto era el mismo. El terror transformó la ciudad, que adquirió un aspecto posapocalíptico. Los futbolistas jugaban en estadios vacíos. La avenida Río Branco estaba desierta y se interrumpió la vida nocturna. Si se llegaba a ver a algún ser humano en las calles, estaba huyendo. Siempre corrían, siluetas negras contra un cielo rojo sangre, con el rostro contraído en un grito como el de Munch. «Solo que para quien vivió aquellos tiempos, sus recuerdos no tienen color. Ningún tinte matinal, ni azul, ni púrpura crespúsculo ni plata lunar. Todo es de un color ceniza polvoriento, de un rojo podrido, que evoca lluvia, funeral, marcha fúnebre, viscosidad y catarro», escribió Nava, que tal vez padeció aquella extraña distorsión de la percepción del color que también habían descrito otros pacientes.

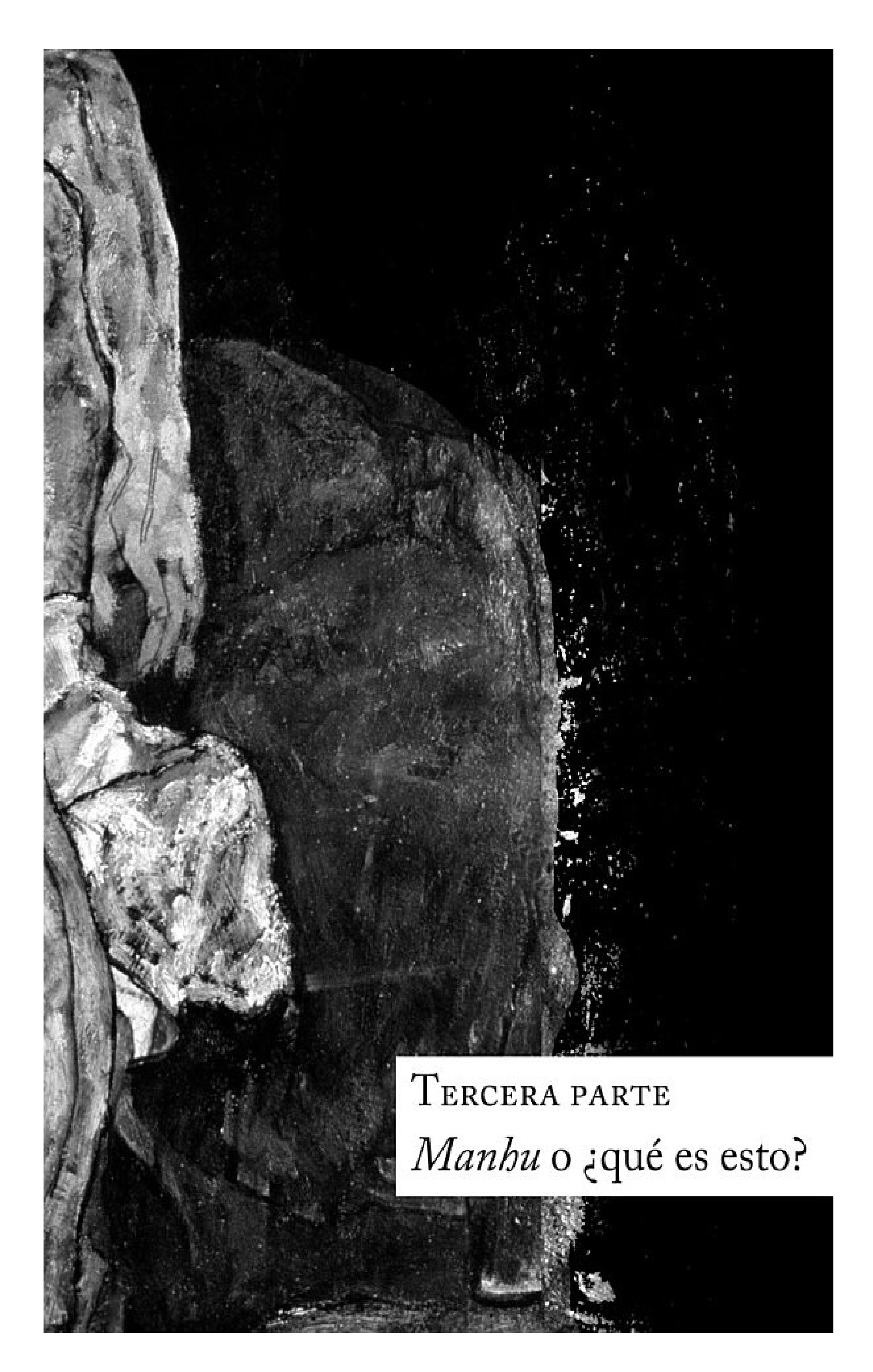
Cuando se levantó de la cama, delgado y débil, fue a sentarse junto a una ventana que daba a la calle: «En una hora vi pasar tres entierros sin apenas compañía por Barão de Mesquita». Un criado le contó que la muchacha a la que idolatraba, Nair, estaba muy grave. Subió las escaleras, se asomó por la puerta de su habitación y le horrorizó lo que vio. El resplandor había desaparecido y también la piel de camelia. Sus labios estaban agrietados y lívidos, el cabello había perdido el brillo, las sienes, huesudas y cóncavas. «Estaba tan cambiada que era como si estuviese viendo a otra persona, como si tuviera una especie de demonio dentro de ella.»

Nair murió el 1 de noviembre, el día de Todos los Santos. Para entonces, la epidemia estaba remitiendo y la vida en Río volvía a la normalidad. Llovía a cántaros. El coche fúnebre, con sus cortinas blancas, se desvaneció «como si se

sumiera en un acuario», acompañado por Ernesto. Cuando regresó esa noche, contó que habían enterrado el ataúd en una tumba encharcada. Cinco años más tarde, cuando la tía Eugenia fue a recuperar los huesos de Nair, la encontró «incorrupta, solo que oscurecida como si fuese una momia». El sepulturero le explicó que el cuerpo se había conservado debido a aquel ambiente húmedo y anaerobio.

Nair volvió a ser enterrada en la tierra y, al cabo de dos años, trasladaron sus huesos limpios a la tumba familiar. La imagen de ella que perduró en Nava fue la de «una novia de mármol» con un vestido blanco, yaciendo en un ataúd blanco que los espejos venecianos del número 16 de la Rua Major Ávila reflejaban hasta el infinito, con los labios separados en una sonrisa triste. «Ya pertenecía al pasado, lejana como las guerras púnicas, las primeras dinastías de Egipto, el rey Minos o los primeros hombres, errantes y miserables.» Más de cincuenta años después, el médico jubilado se despidió de ella: «Dulce muchacha, reposa en paz».





Tercera parte

Manhu o ¿qué es esto?

La familia, *pintada por Egon Schiele en octubre de 1918.*

5
La enfermedad once

Cuando surge una nueva amenaza que pone en peligro la vida, la primera preocupación y la más apremiante es ponerle un nombre. Una vez nombrada, se puede hablar de ella. Se pueden proponer soluciones, y adoptarlas o rechazarlas. Así pues, la asignación de un nombre es el primer paso para controlar la amenaza, aunque todo lo que transmita el nombre sea una ilusión de control. Hay una sensación de urgencia al respecto y se ha de hacer cuanto antes. El problema es que, en los primeros días de un brote, puede que quienes observan la enfermedad no tengan una visión completa y malinterpreten su naturaleza u origen. Esto genera todo tipo de problemas posteriores. El primer nombre asignado al sida, inmunodeficiencia asociada a la homosexualidad, estigmatizaba a la comunidad homosexual. La gripe porcina, como veremos, la transmiten los humanos, no los cerdos, pero algunos países siguieron prohibiendo las importaciones de cerdo tras el brote de 2009. Por otro lado, la enfermedad puede «sobrepasar» a su nombre. Por ejemplo, el ébola recibe su nombre del río Ébola, en África central, pero en 2014 causó una epidemia en África occidental. El virus del zika ha viajado aún más. Llamado así por el bosque de Uganda en el que se aisló por primera vez en 1947, en 2017 es una amenaza importante en América.

Para tratar de prevenir algunos de estos problemas, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2015 unas directrices que estipulan que los nombres de las enfermedades no deben hacer referencia a lugares, personas, animales o alimentos concretos. No deben incluir palabras

que susciten miedo, como «mortal» o «desconocido». En cambio, se deben usar términos descriptivos genéricos basados en los síntomas, como «enfermedad respiratoria», junto con términos descriptivos más específicos, como «juvenil» o «costera», y el nombre del agente causante de la enfermedad. Cuando surge la necesidad de diferenciar entre enfermedades a las que se pueden aplicar estos términos, se debe hacer utilizando denominaciones arbitrarias, como uno, dos, tres.

El grupo de trabajo de la OMS debatió mucho y a fondo sobre este problema, que no es nada fácil de resolver. Pensemos, por ejemplo, en el SARS, el acrónimo para el síndrome respiratorio agudo y grave. Cuesta imaginar cómo podría ofender a alguien, pero eso fue lo que ocurrió. Algunas personas de Hong Kong (uno de los lugares afectados por un brote de la enfermedad en 2003) se sintieron molestas, ya que el nombre oficial de Hong Kong incluye el sufijo SAR, «Región Administrativa Especial». Por otra parte, es posible que algunos nombres que excluirían las actuales directrices, como la viruela de los monos, contengan información útil sobre el animal huésped de la enfermedad y, por tanto, de una posible fuente de infección. El grupo de trabajo sopesó la posibilidad de nombrar a las enfermedades a partir de los dioses griegos (a Hipócrates le habría horrorizado) o de alternar nombres masculinos y femeninos, el sistema que se usa con los huracanes, pero acabaron descartando ambas opciones. Puede que consideraran el sistema numérico que fue adoptado en China en los años sesenta para tratar de evitar el pánico (las enfermedades de la uno a la cuatro eran la viruela, el cólera, la peste y el ántrax, respectivamente) y que al final decidieran rechazar una modificación tan radical. Las directrices actuales tienen por objeto evitar los peores males de la nomenclatura, aunque aún dejan margen para que los

científicos sean creativos.[1]

Obviamente, estas directrices no existían en 1918. Además, cuando se declaró la gripe ese año, lo hizo más o menos simultáneamente en todo el mundo, afectando a poblaciones que habían aceptado la teoría de los gérmenes y a otras que no. Estas poblaciones tenían a menudo conceptos muy diferentes de la enfermedad en sí. Puesto que, en términos generales, la enfermedad se define como la ausencia de salud, el reconocimiento o no de una serie de síntomas como una enfermedad depende de las propias expectativas de salud. Estas pueden ser muy diferentes si se vive en una metrópoli rica como Sídney o en una comunidad aborigen del desierto interior de Australia. En 1918, el mundo estaba en guerra y muchos gobiernos tenían un incentivo (digamos que mayor que de costumbre) para culpar de una enfermedad devastadora a otros países. En estas circunstancias, es probable que una enfermedad reciba multitud de nombres diferentes y eso fue exactamente lo que ocurrió.

Cuando la gripe llegó a España en mayo, la mayoría de los españoles, como la mayor parte de la gente en general, supuso que provenía de allende sus fronteras. En su caso, estaban en lo cierto. Ya se habían registrado casos en Estados Unidos desde hacía dos meses y en Francia desde hacía semanas, como mínimo. Sin embargo, los españoles no lo sabían, ya que las naciones beligerantes habían censurado las noticias sobre la gripe para evitar minar la moral (los médicos militares franceses se referían de manera críptica a ella como la *maladie onze*, la «enfermedad once»). Todavía el 29 de junio, el inspector general de Sanidad español Martín Salazar anunció en la Real Academia de Medicina de Madrid que no tenía constancia de que existieran casos de una enfermedad similar en otros lugares de Europa. Así pues, ¿a quiénes iban a culpar los españoles? Una canción

popular responde a la pregunta. El espectáculo que triunfaba en Madrid cuando llegó la gripe era *La canción del olvido*, una zarzuela basada en la leyenda de Don Juan. Incluía una canción pegadiza titulada «Soldados de Nápoles», por lo que cuando irrumpió la contagiosa enfermedad, los madrileños no tardaron en apodarla el «soldado de Nápoles».

España fue neutral en la guerra y la prensa no estaba censurada. Los periódicos locales informaban debidamente de la devastación que el soldado de Nápoles iba causando a su paso y las noticias viajaron al extranjero. A principios de junio, los parisinos, que desconocían los estragos que la gripe había causado en las trincheras de Flandes y Champagne, se enteraron de que dos terceras partes de los madrileños habían enfermado en solo tres días. Sin ser conscientes de que llevaba más tiempo entre ellos que entre los españoles, y con un empujoncito de sus gobiernos, los franceses, los británicos y los estadounidenses empezaron a llamarla la «gripe española».

No es de sorprender que esta denominación no aparezca casi nunca en las fuentes españolas de la época. Prácticamente, las únicas veces que se encuentra es cuando los autores españoles escriben para quejarse. «Quede constancia de que, como buen español, me opongo a esta idea de la "fiebre española"», protestó un médico llamado García Triviño en una revista médica hispánica. Para muchos españoles, este nombre no era más que la manifestación más reciente de la «leyenda negra», la propaganda antiespañola surgida de la rivalidad entre los imperios europeos en el siglo XVI, que describía a los conquistadores como hombres aún más brutales de lo que fueron (ataron y encadenaron a los indios que subyugaron, pero probablemente no alimentaron a sus perros con niños indios, como afirmaba la leyenda).[2]

Lejos del escenario bélico, los ciudadanos seguían las

normas consagradas para denominar a las epidemias y culpaban a otros. En Senegal era la gripe brasileña y en Brasil la gripe alemana, mientras que los daneses creían que «provenía del sur». Los polacos la denominaron la enfermedad bolchevique. Los persas culparon a los británicos y los japoneses, a sus luchadores: tras declararse en un torneo de sumo, la llamaron la «gripe del sumo».

Algunos nombres reflejaban una relación histórica de la población con la gripe. Por ejemplo, según la percepción de los colonos británicos de Rodesia del Sur (Zimbabue), la gripe era una enfermedad relativamente trivial, por lo que las autoridades denominaron a la nueva dolencia «influenza (*vera*)», añadiendo el término latino *vera*, que significa «verdadera», en un intento de desterrar cualquier duda de que fuera la misma enfermedad. Los médicos alemanes, siguiendo la misma lógica pero optando por una solución diferente, se dieron cuenta de que la población necesitaría mentalizarse de que este nuevo horror era la enfermedad de la gripe «de moda», la favorita de los hipocondríacos, por lo que la llamaron «pseudogripe». Sin embargo, en algunas partes del mundo que habían sido testigos del poder destructivo de las «enfermedades del hombre blanco», los nombres no solían revelar nada acerca de la identidad de la enfermedad. «*Man big daddy*», «gran época mortal» e infinidad de palabras que significaban «desastre», eran expresiones que ya se habían aplicado a epidemias anteriores. No distinguían entre la viruela, el sarampión o la gripe, ni a veces siquiera entre las hambrunas y las guerras.

Algunas personas se reservaron su opinión. En Freetown, un periódico propuso llamar a la enfermedad *manhu* hasta que se supiera más sobre ella. *Manhu*, una palabra hebrea que significa «¿qué es esto?», es lo que lo israelitas se preguntaron cuando vieron caer una sustancia extraña del cielo mientras cruzaban el mar Rojo (de *manhu* viene *maná*,

pan del cielo). Otros la pusieron nombres conmemorativos. Los habitantes de Cape Coast, en Ghana, la llamaron *mowure Kodwo* por el señor Kodwo, de la aldea de Mouri, que fue la primera víctima que murió en esa zona.[3] En África, la enfermedad quedó fijada a perpetuidad en los nombres de los grupos de edad nacidos en esa época. Por ejemplo, entre los igbo de Nigeria se conocía a los nacidos entre 1919 y 1921 como *ogbo ifelunza*, el grupo de edad de la gripe. Ese otoño se incorporó por primera vez el término *ifelunza,* una evidente deformación de «influenza», al léxico igbo. Antes de eso, no disponían de una palabra para designar a la enfermedad.

Cuando fue pasando el tiempo y se fue comprobando que no se trataba de muchas epidemias locales, sino de una pandemia mundial, surgió la necesidad de acordar un único nombre. El nombre adoptado fue el que ya estaban usando las naciones más poderosas del planeta, los vencedores de la Gran Guerra. La pandemia pasaría a conocerse como la gripe española (*ispanka, espanhola, la grippe espagnole, die Spanische Grippe*) y un error histórico quedó esculpido en piedra.

6
El dilema de los médicos

La gripe ya tenía un nombre; el enemigo tenía un rostro. Pero ¿qué entendían los médicos por gripe en 1918? Para los más innovadores, consistía en una constelación de síntomas que incluían tos, fiebre, molestias y dolores, causados por una bacteria que recibía el nombre de su descubridor, Richard Pfeiffer. Si un paciente acudía a la consulta de un médico quejándose de que se sentía indispuesto, el médico podía realizar una exploración física. Podía tomar la temperatura al paciente, preguntarle por los síntomas y buscar las reveladoras manchas de color caoba en sus pómulos. Esto podía bastar para convencerlo de que el paciente padecía la gripe, pero si era riguroso y quería estar totalmente seguro, tomaba una muestra del esputo del paciente (un término educado para referirse a una flema expectorada), cultivaba sus pobladores bacterianos en un gel nutritivo y después lo observaba al microscopio. Sabía qué aspecto tenía el bacilo de Pfeiffer (el propio Pfeiffer lo había fotografiado en los años noventa del siglo XIX) y si lo veía, el caso estaba zanjado.

El problema es que el bacilo de Pfeiffer, aunque se encuentra habitualmente en la garganta humana, no causa la gripe. En 1918, los médicos lo encontraron en algunos de sus cultivos, pero no en todos. Esto contravenía el primero de los «postulados» de Robert Koch, los cuatro criterios que había establecido para determinar que un microbio determinado causara una enfermedad concreta: el microbio debe encontrarse en abundancia en todos los organismos que padecen la enfermedad, pero no en los organismos

sanos. Evidentemente, la gripe es causada por un virus. Un virus es aproximadamente veinte veces más pequeño que una bacteria, demasiado pequeño para poder verlo a través de un microscopio óptico. Es decir, incluso si sospechaban que el causante de la gripe era un virus, no tenían forma de detectarlo. Este fue el dilema de los médicos en 1918: desconocían cuál era el causante de la gripe, por lo que no podían diagnosticarla con certeza. Y este dilema generó otros.

Fue fácil convencer a la gente de que la oleada primaveral de la pandemia era gripe, pero cuando se declaró la oleada de otoño, surgieron serias dudas de que fuera la misma enfermedad. Incluso los estadounidenses y los europeos que nunca habían visto un caso de peste empezaron a temer que esta enfermedad mortal hubiera penetrado en su entorno. En los países cálidos se confundió con el dengue, que también se presenta con fiebre y dolor de cabeza. Corrió el rumor de que se trataba de cólera, que produce una coloración azul en la piel, mientras que un médico del Hospital Infantil Hamidiye, en Constantinopla, afirmó que era aún peor, «un desastre al que no se denomina peste, pero que en realidad es más peligroso y letal que esta».[1]

Algunos médicos creían que se trataba de tifus, que se presenta con síntomas similares a los de la gripe: fiebre, dolor de cabeza y malestar general. Durante mucho tiempo se ha considerado al tifus la enfermedad del colapso social. Causó estragos entre las tropas de Napoleón durante su retirada de Moscú y, en 1945, se produjo un brote en el campo de concentración de Bergen-Belsen que probablemente causó la muerte de la joven diarista Ana Frank. En 1918, mientras Rusia estaba sumida en una guerra civil, un médico de Petrogrado escribió que «sigue al comunismo de Lenin como la sombra sigue al viandante».[2] Este país padeció epidemias simultáneas de tifus y gripe, y

muchas veces los médicos rusos no eran capaces de diferenciarlas, al menos hasta que el paciente presentaba la reveladora erupción tifoidea.

En Chile, los médicos ni siquiera consideraron la posibilidad de que fuera gripe. En 1918, los intelectuales chilenos estaban tristemente convencidos de que su país se hallaba en un estado de deterioro. La economía se tambaleaba, los conflictos laborales iban en aumento y existía la creencia de que el Gobierno estaba demasiado sometido a la influencia de potencias extranjeras. Cuando una nueva enfermedad invadió el país, una camarilla de eminentes médicos chilenos supuso que era tifus, pese a haber leído informaciones acerca de una epidemia de gripe en los países vecinos. Culparon a los pobres y a los trabajadores, a los que se refirieron como «los culpables de la miseria» debido a las pésimas condiciones sanitarias en las que vivían, y actuaron en consecuencia.

El tifus se trasmite a través de los piojos, lo que significa que se propaga menos fácilmente que la gripe, que se trasmite por el aire. Por tanto, los médicos chilenos no vieron razón alguna para prohibir los actos multitudinarios. Después de que el teniente Dagoberto Godoy, un as de la aviación, realizara el primer vuelo sobre los Andes en diciembre de 1918, una muchedumbre eufórica recibió al héroe en las calles de la capital, Santiago. Poco después, los hospitales de la ciudad rechazaban a los enfermos por falta de espacio. Entretanto, las brigadas sanitarias iniciaron una batalla contra la epidemia imaginaria de tifus, irrumpiendo en las casas de los pobres y ordenándoles que se desnudaran, lavaran y afeitaran el vello corporal. En las ciudades de Parral y Concepción desalojaron por la fuerza a miles de trabajadores y quemaron sus casas, una estrategia que probablemente agravó la epidemia, ya que dejó a multitud de personas sin hogar expuestas entre sí y a los elementos.

En 1919, mientras el país aún estaba afectado por la pandemia, una joven ingresó en la orden de las carmelitas descalzas en la población de Los Andes. Al cabo de unos meses, Teresa de Jesús, que así se llamaba la novicia, enfermó y murió en abril de 1920, tras haber profesado los votos religiosos *in periculo mortis* (en peligro de muerte). Teresa sería canonizada posteriormente (se la conoce como Teresa de los Andes, patrona de Chile). Los libros de historia nos cuentan que murió de tifus, pero existen buenas razones para creer que en realidad la causante de su muerte fue la gripe española.[3]

No obstante, el caso de la provincia china de Shanxi ilustra más claramente el dilema de los médicos, ya que demuestra lo complicado que era identificar una enfermedad respiratoria en un lugar donde, como en muchas otras partes del mundo en esa época, las aldeas estaban aisladas y era difícil acceder a ellas; donde los habitantes eran pobres, solían estar desnutridos y padecían al mismo tiempo otras enfermedades; y donde se oponían a la medicina «extranjera», lo que creaba unas condiciones que distaban mucho de ser propicias para llevar a cabo una labor científica minuciosa.

Un diagnóstico provisional

Shanxi se encuentra en la frontera entre China y Mongolia Interior. Rodeada por todos lados de montañas y ríos, el paisaje se caracteriza por los precipicios, los barrancos y las mesetas rocosas, el hábitat natural de lobos y leopardos. La Gran Muralla serpentea a través de ella, un vestigio de los intentos de mantener alejadas a las tribus nómadas y un recordatorio, junto con las tormentas de arena que soplan desde el desierto del Gobi, de la ubicación

fronteriza de Shanxi. En 1918, los habitantes de la provincia vivían en aldeas, pero también en cuevas excavadas en riscos. Sus poblaciones estaban fortificadas y protegidas por cañones antiguos, aisladas por la geología, la geografía y su historial de conflictos con los forasteros. Todo ello había dejado su impronta. Sus habitantes estaban profundamente orgullosos de su antigua civilización y eran considerados conservadores incluso por otros chinos conservadores.

En 1911, una revolución había derrocado a la última dinastía imperial, los Qing, e introducido una nueva república. En las grandes ciudades de Pekín, Shanghái y Tianjin, la situación estaba cambiando. El movimiento de la Nueva Cultura estaba desafiando las normas por las que se había regido la sociedad china durante cuatro mil años y mostraba un desprecio especial por la medicina china tradicional. «Nuestros médicos no entienden la ciencia. No solo no conocen la anatomía humana, sino que tampoco saben nada del análisis de los medicamentos; en cuanto al envenenamiento bacteriano y las infecciones, ni siquiera han oído hablar de ellos», escribió en 1915 Chen Duxiu, uno de los líderes de la Nueva Cultura.[4] Sin embargo, en 1918, estas ideas aún tenían que penetrar fuera de las metrópolis. Todavía había muchos habitantes de Shanxi que solo reconocían a los Qing como sus gobernantes legítimos y creían que eran demonios y dragones quienes enviaban las enfermedades en la forma de vientos malignos. Cuando la enfermedad segaba sus vidas, algo que ocurría con una funesta periodicidad, su primer impulso era apaciguar a los espíritus descontentos.

Pese a que la revolución había propiciado el nacimiento de una nueva república, en realidad el país había pasado a manos de caudillos provinciales rivales. Yuan Shikai, el presidente de la república, había conseguido mantener a estos caudillos más o menos bajo control desde Pekín, pero

su muerte en 1916 marcó el comienzo de un periodo turbulento durante el que lucharon por dominarse mutuamente. El gobernador de Shanxi era un exsoldado revolucionario llamado Yen Hsi-shan (Yan Xishan). Antes de la revolución, Yen había pasado un tiempo en Japón, donde, a diferencia de China, se habían adoptado las ideas científicas «occidentales». En una ocasión había estado ingresado en un hospital japonés y se había encontrado por primera vez con los medicamentos y los rayos X. Había visto con sus propios ojos lo rezagado que se había quedado su país con respecto al resto del mundo y se había convencido de que los valores confucianos eran tóxicos para él, ganchos clavados en su carne que lo anclaban al pasado. Este caudillo «ilustrado» estaba decidido a arrancar esos ganchos y a arrastrar a Shanxi, con sangre si era preciso, al siglo XX.

La posición marginal y las defensas naturales de Shanxi hacían que el gobernador Yen tuviera menos que temer a los vecinos avariciosos que a otros caudillos y pudiera canalizar su energía en elaborar un ambicioso programa de reformas. En 1917, prohibió la coleta china, fumar opio y el vendaje de los pies (en Shanxi se vendaban hasta la rodilla, lo que debilitaba las pantorrillas de las mujeres). Surgieron sociedades progresistas (la Sociedad para la Emancipación de los Pies y la Sociedad a favor de Madrugar), y la juventud local se movilizó para hacer cumplir las nuevas normas. Grupos de niñas pequeñas perseguían a los transgresores por las calles gritando: «¡Mal hombre, sé bueno!». Todas las reformas de Yen fueron impopulares, pero ninguna tanto como sus iniciativas para controlar las enfermedades. La viruela y la tuberculosis eran endémicas en la región, mientras que las epidemias de peste, cólera y fiebre tifoidea eran tan frecuentes como los vientos fuertes en una zona de huracanes. Pese a su devastador impacto, sus intentos de poner en cuarentena a los enfermos antes de que un brote

alcanzara proporciones de epidemia fueron discretamente ignorados. «Pocas personas estaban dispuestas a ser tan irrespetuosas como para dar la espalda a un pariente enfermo o moribundo», escribió su biógrafo.[5] La piedad filial, o respeto por los padres y los ancianos, era un pilar central del código confuciano.

En su batalla para superar esta resistencia, Yen llegó a pedir ayuda a los misioneros estadounidenses, que eran los únicos que practicaban la medicina occidental en Shanxi. A muchos misioneros los habían asesinado en la rebelión de los bóxers de 1900, una revuelta violenta de los chinos contra la influencia occidental y japonesa, así llamada porque el boxeo era un ritual de la sociedad secreta que la inició. Sin embargo, desde entonces habían llegado unos pocos valientes a remplazar a las víctimas. Yen admiraba a hombres como Percy Watson, que dirigía el hospital estadounidense de Fenzhou (Fenyang), y a Willoughby «Dr. Will» Hemingway, tío del escritor Ernest. Al primer indicio de una nueva epidemia, estos hombres ensillaban sus mulas y partían hacia la zona, muchas veces remota, en la que se habían registrado los primeros casos para poner en práctica sus modernas ideas sobre la higiene, la cuarentena y la cremación.

Y eso es lo que volvieron a hacer en octubre de 1918, cuando la gripe española llegó a Shanxi y el gobernador Yen puso a la policía provincial a su disposición. «Familias enteras fueron víctimas. Ninguna familia a la que afectara la enfermedad escapó con una mortalidad inferior al 80 o 90 por ciento, y los que se libraron fueron en su mayoría niños», escribió Watson más tarde. Y añadía que «sería una estimación conservadora decir que no había veinte chinos en toda la provincia que no creyeran que los médicos chinos podían curar la enfermedad».[6] Tal vez exageraba, pero era un comentario elocuente: Shanxi contaba con una población

de unos 11 millones de habitantes en ese momento. La población local respondió como era tradicional: «Sacaron al dios dragón del templo situado justo al norte de nuestra sede y, con gran estruendo, gritos y redoble de tambores, fueron de casa en casa, con la esperanza de que el dragón, con el ruido, pudiera librar a la ciudad de esos demonios», contaba un misionero.[7]

Es difícil saber si los esfuerzos de Watson fueron más eficaces, pero al cabo de tres semanas la gripe española había remitido. Tras unos pocos meses de calma, el 7 de enero de 1919 el gobernador Yen volvió a telegrafiar a Watson desde la capital provincial de Taiyuan y le pidió que investigara un nuevo brote de la enfermedad en las montañas situadas al noroeste de la ciudad. Fenzhou se encontraba a cien kilómetros al sudoeste de Taiyuan. Watson partió junto con un grupo de hombres con experiencia en combatir la enfermedad, esta vez en dirección a una aldea llamada Wangchiaping, que se encontraba a tres días de viaje desde Fenzhou en mula de carga. En esta zona montañosa, los inviernos eran fríos. Había muchas aldeas, pero pequeñas, compuestas por una media de entre tres y cuatro familias, que trabajaban la tierra hasta las cimas de las montañas. Cuando Watson llegó al epicentro del brote, descubrió que no era en absoluto nuevo. La primera muerte se había producido un mes antes, el 12 de diciembre, pero no la habían notificado durante más de tres semanas. En ese tiempo, la enfermedad se había propagado desde Wangchiaping a otras nueve aldeas, transmitida por parientes que visitaron a los enfermos, por personas contratadas para enterrar a los muertos o por un médico chino que acabó sucumbiendo a la enfermedad.

Cuando los misioneros fueron de casa en casa, se encontraron tijeras en las puertas, al parecer para ahuyentar a los demonios «o tal vez cortarlos en dos». En una de las

nueve aldeas afectadas, una pareja había acogido a dos niños huérfanos creyendo que habían escapado de la enfermedad. «Cuando los niños enfermaron, al principio se decidió llevarlos a un templo y dejar que murieran allí, pero, al final, el hombre y su esposa dijeron que no podían soportar la idea de hacerlo, por lo que envolvieron a los niños en ropa de cama y los dejaron en un extremo del *kang*[*] hasta que murieron al día siguiente», escribió Watson.

Watson no estaba seguro de cuál era la nueva enfermedad. Sabía que la gripe española había afectado al distrito de Wangchiaping en octubre y señaló que la gripe allí había sido «moderadamente grave», agravada porque la gente se hacinaba en los *kangs* para ahorrar *kaoliang,* las espigas de mijo que constituían su único combustible. Sin embargo, era posible que este nuevo brote fuera una enfermedad nueva: la peste neumónica. Pese a que los tres tipos de peste son causados por la bacteria *Yersinia pestis*, se manifiestan de forma diferente. La bubónica se caracteriza por la aparición de «bubones», cuando se produce una dolorosa inflamación de los ganglios linfáticos; la septicémica surge de una infección de la sangre; y la neumónica o pulmonar va acompañada de escalofríos y esputos con sangre. La peste neumónica es las más letal de las tres y también puede ser la más contagiosa, ya que se puede transmitir por el aire.

Aunque la primera muerte se había producido en Wangchiaping el 12 de diciembre, Watson descubrió que el 28 de noviembre había muerto una anciana en otra aldea del mismo distrito. Estaba seguro de que la mujer había muerto de gripe española porque había sufrido abundantes hemorragias nasales, un síntoma característico de esta enfermedad y no de la peste neumónica. Conforme a la tradición, la habían dejado durante diez días en un ataúd abierto, en un patio, para que los familiares pudieran

presentar sus respetos. «Fue en ese patio donde el primer paciente que murió en Wangchiaping había conseguido la leña que acarreó antes de enfermar», escribió Watson.

Había descubierto una relación directa entre la epidemia de otoño y la que se había declarado en diciembre. Por consiguiente, parecía probable que se estuviera enfrentando a una nueva oleada de gripe española o al final de la anterior, pero dudó en hacer este diagnóstico. El brote posterior, en Wangchiaping, fue altamente contagioso y muy letal. En torno al 80 por ciento de las personas expuestas a un paciente vivo contrajeron la enfermedad y ninguna se recuperó, un patrón más característico de la peste que de la gripe y diferente al del brote anterior. La única manera de resolver la cuestión era practicar una autopsia, pero a Watson no le pareció que fuera aconsejable. La mutilación de un cadáver había estado estrictamente prohibida con los Qing y aún era ofensiva para los chinos conservadores. También quería mantener a la población local de su lado para que cumplieran las medidas de cuarentena.

Él y sus ayudantes lograron obtener, con mucha cautela, algunas muestras de esputos y tejidos pulmonares de las víctimas utilizando jeringas de aspiración. Se presentaban en las laderas con trajes de protección, máscaras y gafas, y Watson recordaba: «Me temo que no contribuimos a menoscabar la idea china de los demonios y los fantasmas». Una vez conseguían lo que necesitaban, entraba en escena una brigada de sepultureros vestidos con máscaras y batas, y provistos de ganchos de hierro para manipular los cadáveres. Ninguno de los exámenes microscópicos del médico reveló la bacteria de la peste, aunque las señales de edema o inflamación que vio en el tejido pulmonar aspirado le recordaron mucho a los estragos que causaba la gripe española.

Para el 25 de enero la «nueva» epidemia había terminado y dos terceras partes de las muertes se habían producido antes de que Watson llegara. Yen mostró su gratitud donando terrenos al hospital estadounidense de Fenzhou y condecorando a dos miembros chinos de su equipo por sus servicios en la lucha contra la epidemia. La admiración de este por los misioneros era correspondida. «Por la amplitud de sus intereses, y el brío y el vigor de su personalidad, recuerda en cierto modo a Theodore Roosevelt», declaró con entusiasmo un miembro de la misión de Fenzhou.[8] Otras epidemias asolaron la provincia y, con el tiempo, Watson evaluó el impacto de los esfuerzos de modernización del gobernador recurriendo a un criterio práctico propio: cuántas aldeas organizaron de forma espontánea su propia cuarentena al primer indicio de un brote. Aunque no facilitó detalles, estaba claramente satisfecho con los resultados. En los años treinta, se consideraba a Shanxi una provincia modélica y a Yen, un gobernador ejemplar.

7
La ira de Dios

«En Bangkok, el médico de la Embajada Británica, T. Heyward Heys, señaló con consternación que casi todas sus premiadas rosas se habían marchitado y muerto», escribió el periodista británico Richard Collier. Los búhos llegaron misteriosamente a Paranhos da Beira, un pueblecito de montaña portugués en el que nunca los habían visto antes, y ulularon y silbaron en cada alféizar, mientras que un curandero de Montreal predijo una época de pestilencia después de que el cielo se oscureciera en pleno día sin que después estallara una tormenta.[1]

El miedo hace que las personas se mantengan alerta. Las impulsa a darse cuenta de cosas que de otro modo podrían no advertir; a prestar atención a determinadas asociaciones e ignorar otras; a recordar profecías que con anterioridad podrían haber tildado de absurdas. Los cronistas medievales cuentan que, en los meses previos a llegada de la peste negra a Europa, a finales de la década de los años cuarenta del siglo XIV, hubo avistamientos de plagas de langostas, tormentas de granizo «de un tamaño maravilloso» y cayeron del cielo lagartos y serpientes. Estos aterradores sucesos eran una prueba de la corrupción del ambiente que pronto traería consigo un mal aún mayor: la peste.[2] Encajaban con el concepto del hombre medieval del miasma, o mal olor, como causante de enfermedades. En 1918, la teoría de los gérmenes había desplazado en gran medida a la teoría miasmática, pero el concepto galénico aún acechaba en los oscuros recovecos de la mente humana y estaba experimentando un resurgimiento.

Algunas personas afirmaban que la causa de la gripe eran los nocivos vapores que emanaban de los cadáveres abandonados en los campos de batalla. En Irlanda, Kathleen Lynn, directora de salud pública del Sinn Féin, dijo en el consejo de dicha organización que la fábrica de la fiebre estaba «a pleno funcionamiento en Flandes» y que «la materia venenosa de millones de cadáveres sin enterrar se eleva constantemente a la atmósfera y es arrastrada por todo el mundo por los vientos».[3] Otros sospechaban de la acción humana, en forma de un programa secreto de guerra biológica diseñado por una u otra nación en guerra. Era menos descabellado de lo que parece. La guerra biológica tenía una larga y no muy ilustre tradición. Posiblemente el primer ejemplo se produjo en el siglo XIV, cuando las fuerzas mongoles que sitiaban el puerto del mar Negro de Kaffa (ahora Feodosia, en Ucrania) se dieron cuenta de que se habían infectado con la peste y arrojaron a sus muertos por encima de las murallas de la ciudad. La peste arrasó la ciudad y los pocos que se salvaron huyeron hacia el oeste, llevándola consigo. Por entonces, los ciudadanos de las naciones aliadas se preguntaban si todo lo que contenían las cajas de aspirinas fabricadas por la farmacéutica alemana Bayer era aspirina. Entretanto, en Washington DC, los periódicos reprodujeron los comentarios del teniente Philip S. Doane, jefe de la sección de salud y saneamiento de la Emergency Fleet Corporation, en los que insinuaba que submarinos alemanes fondeaban en Estados Unidos y liberaban la gripe intencionadamente. «Los alemanes han iniciado la epidemia en Europa y no hay ningún motivo para que sean especialmente amables con Estados Unidos», se dice que afirmó.[4]

Estas teorías se marchitaron y murieron, como la rosas del doctor Heys, cuando quedó claro que los soldados de ambos bandos del frente caían como moscas. Sin embargo,

ocuparon su lugar otras teorías que acusaban a una mano invisible. ¿De qué otro modo podía explicar la gente la sobrecogedora crueldad de la enfermedad? Muy pronto se hizo evidente que, además de los ancianos y los niños pequeños, tenía predilección por las personas que se encontraban en la plenitud de la vida, entre los veinte y los cuarenta años, sobre todo los hombres. Las mujeres parecían ser menos propensas, salvo que tuvieran la mala suerte de estar embarazadas, en cuyo caso, despojadas de ese escudo invisible, perdían a sus bebés y morían en masa. En ese grupo intermedio, el pico de edad en que más muertes se registraban era los veintiocho años, lo que significaba que la enfermedad estaba derribando los pilares de las familias, incluidos los soldados que habían sobrevivido a la guerra, y desgarrando a las comunidades. El artista austriaco Egon Schiele dejó un testimonio de esa crueldad en un cuadro inacabado que tituló *La familia*. Aparecen representados él, su mujer Edith y su bebé, una familia que nunca existiría porque Edith murió en octubre de 1918, cuando estaba embarazada de seis meses de su primer hijo. Schiele murió tres días más tarde, habiendo empezado *La familia*. Tenía veintiocho años.

Y otra cuestión: ¿cómo se podía explicar la aleatoriedad con la que la enfermedad elegía a sus víctimas si no es como obra de una fuerza rencorosa o vengativa? Sí, los jóvenes y fuertes se encontraban en la línea de fuego. Pero, ¿por qué un pueblo quedaba diezmado mientras que otro limítrofe salía relativamente indemne? ¿Por qué sobrevivía una rama de una familia y otra paralela se extinguía? En 1918, esta aparente lotería era inexplicable y consternaba profundamente a la gente. Ferréol Gavaudan intentó describir esta sensación a Collier, un médico francés que se encontraba en ese momento en la ciudad de Lyon, cuando escribió que era bastante diferente a las «punzadas en el

estómago» que había sentido en el frente. Se trataba de «una inquietud más difusa, la sensación de un horror indefinible que se había apoderado de los habitantes de esa población». [5]

Uno de los ejemplos más sorprendentes de este carácter aleatorio tuvo lugar en Sudáfrica. Los dos grandes centros industriales del país en la época eran las minas de oro de Witwatersrand, o el Rand, y las minas de diamantes de Kimberley, dominadas por la poderosa Compañía De Beers. Estos dos motores económicos habían impulsado el desarrollo de una red ferroviaria que había extendido sus negros tentáculos por todo el sur de África y alimentaba sus voraces fauces con mano de obra migrante barata. Los trenes partían de las ciudades portuarias de Ciudad del Cabo y Durban, y penetraban en las zonas rurales del interior, donde se llenaban de jóvenes varones africanos antes de recorrer mil kilómetros hacia el norte para dejar su carga en las zonas ricas en minerales.

Los trenes eran espartanos y estaban cada vez más llenos a medida que iban parando en cada páramo del viaje de dos días hasta el norte (la palabra en suazi para tren, *mbombela*, significa «mucha gente en un espacio pequeño»). Las pésimas condiciones durante el trayecto solo eran un anticipo de que lo que les aguardaba. En los complejos mineros, los hombres se hacinaban en dormitorios con literas de hormigón construidas en las paredes. Los lavabos eran insuficientes, la comida escaseaba y no había ninguna privacidad. En aquellos dormitorios poco iluminados y mal ventilados resonaba la tos seca de los mineros. La neumonía abundaba en Kimberley y en el Rand, ya que las bacterias que la causaban prosperaban en los espacios subterráneos, cerrados y húmedos, en los que trabajaban los hombres. En general, es más fácil que un pulmón debilitado por una infección se vea invadido por otra. En otras palabras, las dos

poblaciones eran extremadamente vulnerables a una nueva enfermedad respiratoria, aunque, al menos en teoría, eran igual de vulnerables.

Tanto las minas de oro como las de diamantes se vieron afectadas al principio de la epidemia en Sudáfrica, y como las compañías propietarias mantenían un registro de sus empleados con fines contables y legales, sabemos lo que ocurrió allí. La gripe llegó primero al Rand, en torno a una semana antes, y los mineros supieron de inmediato que se enfrentaban a algo diferente a la epidemia de neumonía que los asolaba periódicamente, ya que esta enfermedad no discriminaba entre los nuevos y los veteranos. Sin embargo, la inmensa mayoría de los que enfermaron se recuperó y las autoridades respiraron aliviadas. Entonces se dedicaron a observar con relativa sangre fría mientras avanzaba hacia Kimberley. La sangre fría se tornó en horror cuando la tasa de mortalidad en Kimberley se disparó rápidamente hasta alcanzar una cifra asombrosa, treinta y cinco veces superior a la registrada en el Rand. Ese otoño murieron más de 2.500 mineros de diamantes, casi una cuarta parte de la población trabajadora de Kimberley, y las autoridades sanitarias no podían explicar por qué (ahora sí se puede, como veremos más adelante).

En 1987, el 43 por ciento de los estadounidenses creía que el sida era un castigo divino por conductas sexuales inmorales.[6] En 1918, cuando aún perduraba en la memoria una época predarwiniana más mística, y cuatro años de guerra habían minado las defensas psicológicas de la población, aún resultaba más fácil recurrir a la creencia de que las epidemias eran actos de Dios. Buscaban y encontraban pruebas para confirmar esa creencia. Un año antes, Jacinta y Francisco Marto, y su prima Lúcia Santos, los niños visionarios de Fátima, en Portugal, habían afirmado que la virgen María se les había aparecido en

numerosas ocasiones. Mientras los hermanos Marto languidecían a causa de la gripe, informaron de una nueva visita. «Nuestra Señora se les apareció y disipó cualquier posibilidad de misterio con su simple declaración de que vendría primero a por Francisco y no mucho después a por Jacinta. Sus labios secos y febriles se agrietaron bajo la presión de sus sonrisas», escribió su biógrafo. Los niños murieron en el orden predeterminado y el santuario donde están enterrados se convirtió en un lugar de peregrinaje para los católicos.[7]

Pero si la gripe española era un castigo de Dios, ¿por qué delito se estaba castigando a las personas? No escaseaban las teorías: obviamente, la guerra sin sentido, pero también, dependiendo de la posición en la sociedad, la degeneración de las clases bajas o la explotación de los pueblos indígenas por sus amos coloniales. Sin embargo, para algunos se trataba de algo mucho más profundo: la decisión de la gente de desviarse, en masa, del único camino verdadero. Esto fue lo que ocurrió, por ejemplo, en una ciudad española.

Una victoria importante

La ciudad española de Zamora, conocida como «la bien cercada» debido a sus impresionantes fortificaciones, se extiende a ambas orillas del río Duero en la región noroccidental de Castilla y León. Profundamente religiosa, es famosa incluso en la actualidad por sus sombrías procesiones de penitentes, que desfilan con capirotes y descalzos durante la Semana Santa. En 1914, cuando sus ciudadanos se enteraron de que estaban a punto de recibir a un nuevo obispo, las campanas repicaron durante tres días. El obispo llegó varios meses más tarde y descendió de un tren, especialmente fletado para la ocasión, en la estación de

ferrocarril, que estaba abarrotada de fieles. Hubo fuegos artificiales y una jubilosa multitud le acompañó hasta la catedral, donde prestó juramento del cargo. *El Correo de Zamora*, un periódico sancionado por la Iglesia, prometió obediencia al nuevo obispo y elogió su elocuencia y juventud.

El obispo se llamaba Antonio Álvaro y Ballano y, a sus treinta y ocho años, ya tenía una brillante carrera tras de sí. Había estudiado en un seminario de Guadalajara, donde destacó en todas las materias a las que se dedicó. A los 23 años ocupó la cátedra de metafísica y, tras haber ganado una reñida pugna por la canonjía magistral de Toledo, la archidiócesis más importante de España, llamó la atención del cardenal Sancha, primado de España. Fue nombrado obispo en 1913, y antes de llegar a Zamora, ocupó el cargo de prefecto de estudios en el seminario de Toledo.

En la primera pastoral que dirigió a su nueva diócesis, Álvaro y Ballano escribió que los hombres debían buscar activamente a Dios y la verdad, que eran lo mismo, y manifestó su sorpresa ante el hecho de que la ciencia pareciera avanzar paralelamente a la determinación de apartarse de Dios. La luz de la razón era débil y «las sociedades modernas confunden [...] el desprecio por la ley divina con el progreso». Escribió sobre las fuerzas oscuras interesadas en rechazar a Dios «o incluso aniquilarlo si eso fuera posible». La pastoral estaba salpicada de referencias científicas, desde la ley de la gravitación universal de Newton hasta los experimentos con brújulas y electricidad de Ampère, aunque, en este caso, se convertían en metáforas para describir la atracción o el rechazo del alma humana hacia Dios.[8]

El otrora gran Imperio español estaba de capa caída. La guerra hispano-estadounidense de 1898, «el desastre colonial», lo había desposeído de sus últimas joyas

imperiales: Puerto Rico, Filipinas, Guam y, la más importante, Cuba. Su contribución a los grandes avances científicos y musicales del siglo XIX era escasa y la edad de oro de la literatura española había quedado muy atrás. La sociedad española seguía siendo esencialmente agrícola, las condiciones de vida en algunos pueblos y ciudades no eran tan diferentes de las que habían prevalecido en Europa en el momento de la peste negra y la mitad de la población era analfabeta. «Los madrileños no están acostumbrados a la maquinaria o la industrialización. Tienen rascacielos pero están destartalados; tienen ascensores pero rara vez funcionan e infunden miedo a un accidente; tienen inodoros con agua corriente pero incluso en los hoteles de primera clase suelen estar atascados y sucios. El español no se moderniza», observó el escritor y editor estadounidense Robert McAlmon.[9]

Cuando el soldado de Nápoles regresó a España en el otoño de 1918, los primeros casos se declararon en el este del país, pero pronto siguió al obispo por las vías del tren hasta Zamora. Septiembre era un mes de eventos en España. Se recogían las cosechas, el ejército incorporaba nuevos reclutas y se celebraban bodas y fiestas religiosas, por no mencionar el pasatiempo español más popular, las corridas de toros. Los jóvenes reclutas, algunos procedentes de provincias lejanas, se concentraron en Zamora para participar en unas prácticas de artillería y, a mediados del mes, el *Correo* informó despreocupadamente de que «hay cólera en la frontera, gripe en España y, en este pequeño rincón de la península, fiestas». Entonces los reclutas empezaron a enfermar.

Los intentos de poner en cuarentena a los soldados enfermos en los cuarteles del castillo del siglo XI de la ciudad fracasaron y la cifra de víctimas civiles comenzó a aumentar. La escasez de mano de obra resultante empezó a interferir

en las cosechas, agravando las restricciones alimentarias ya existentes. La prensa empezó a mostrarse menos optimista. El 21 de septiembre, el *Heraldo de Zamora*, un periódico que, nominalmente, era independiente de la Iglesia, lamentó las condiciones de insalubridad de la ciudad. Zamora parecía una «pocilga» en la que, por desgracia, la gente aún convivía con los animales y muchas viviendas carecían de retrete o de agua corriente. El periódico repetía un viejo tópico, que los moros habían legado a España la aversión por la limpieza. «Hay españoles que solo usan el jabón para lavar la ropa», observaba con severidad.

Durante la primera oleada de la pandemia, el inspector general de Sanidad, Manuel Martín Salazar, había lamentado la incapacidad del sistema de salud, burocrático e infradotado, para prevenir la propagación de la enfermedad. Aunque las comisiones provinciales de sanidad asumieron la iniciativa, carecían de competencias ejecutivas y en seguida tropezaron con lo que describieron como la «terrible ignorancia» del populacho, su incapacidad para comprender, por ejemplo, que una persona infectada que se desplazara transmitiría la enfermedad. Ahora que el soldado de Nápoles había regresado, un periódico nacional, *El Liberal*, reclamó una dictadura sanitaria, un programa de contención impuesto de arriba abajo, y a medida que avanzaba la epidemia, otros periódicos recogieron la petición y se hicieron eco de ella.

En Zamora, los dos periódicos locales hicieron todo lo posible para disipar la ignorancia de la población. Por ejemplo, intentaron explicar el concepto de contagio. La gripe «siempre se transmite de una persona enferma a una sana. Nunca se contrae espontáneamente», explicaba el *Correo* a sus lectores. Los médicos locales opinaron, pero no siempre de un modo conveniente. El doctor Luis Ibarra sugirió por escrito que la enfermedad era el resultado de una

acumulación de impurezas en la sangre debido a la incontinencia sexual, una variación de la idea medieval de que la lascivia desmesurada podía desencadenar un desequilibrio humoral. Los periódicos publicaron las instrucciones de la comisión provincial de sanidad para minimizar el contagio, sobre todo evitando los lugares muy concurridos. Sin embargo, parecen mostrar un bloqueo mental, al menos desde una perspectiva moderna y laica, cuando se trata de las actividades de la Iglesia. En un mismo ejemplar del *Correo*, un artículo en el que se aprobaba la decisión del gobernador provincial de prohibir las grandes reuniones hasta nuevo aviso aparecía junto a los horarios de las misas previstas en las iglesias de la ciudad.

Los periódicos también acusaron a las autoridades de minimizar la gravedad del brote y de no hacer lo suficiente para proteger a la población. El *Correo* escribió sobre los políticos nacionales: «Nos han dejado sin ejército, armada, pan ni sanidad […] pero nadie parece renunciar o pedir dimisiones». Por su parte, los políticos locales habían ignorado durante mucho tiempo las peticiones de que se financiara un hospital para tratar enfermedades infecciosas y ahora hacían caso omiso de las recomendaciones de la comisión provincial de imponer unas medidas sanitarias más estrictas en la ciudad. Cuando un fallo en una presa hidroeléctrica cercana provocó un apagón, el *Correo* comentó con ironía que, pese a la oscuridad, el hambre de los zamoranos y la suciedad entre la que vivían estaba a la vista de todos. Y añadía que la noche era aún más espesa dentro del ayuntamiento, que seguía invirtiendo dinero en corridas de toros, pero no en higiene o alimentos para una población hambrienta.

El 30 de septiembre, el obispo Álvaro y Ballano desafió a las autoridades sanitarias organizando una novena, plegarias vespertinas durante nueve días consecutivos, en honor de

san Roque, el santo patrón de la peste y la pestilencia, porque el mal que había sobrevenido a los zamoranos era «debido a nuestros pecados e ingratitud, por lo que el brazo vengador de la justicia eterna ha caído sobre nosotros». El primer día de la novena, administró la sagrada comunión, en presencia del alcalde y otras personalidades, a una gran multitud en la iglesia de San Esteban. En otra iglesia, se pidió a la congregación que adorara las reliquias de san Roque, lo que significaba hacer cola para besarlas.

El 30 de septiembre también se informó de que la hermana Dositea Andrés, de las Siervas de María, había muerto mientras atendía a los soldados en los cuarteles. Se describió a la hermana Dositea como una «monja virtuosa y ejemplar», que había aceptado su martirio con ecuanimidad e incluso entusiasmo, no había descansado más de cuatro horas al día y había dedicado gran parte de su tiempo a convencer a los soldados enfermos para que comieran. La madre superiora de su orden pidió que acudiera mucha gente al funeral y los periódicos transmitieron su solicitud. Se informó a los lectores de que, de acuerdo con la tradición, el obispo concedería sesenta días de indulgencia a quienes obedecieran. Al parecer, la asistencia no fue tan buena como la madre superiora había esperado, ya que al día siguiente del funeral el *Correo* arremetió contra los ciudadanos por su ingratitud. El obispo, por su parte, se mostró satisfecho con la asistencia a la novena y la describió como «una de las victorias más importantes que ha obtenido el catolicismo».

A medida que la oleada de otoño se acercaba a su punto álgido, el miedo y la frustración amenazaron con convertirse en disturbios. La leche, que los médicos recomendaban para acelerar la recuperación, escaseaba y los precios se dispararon. Los periodistas locales se percataron de que el número de zamoranos que moría parecía muy superior al de los habitantes de otras capitales provinciales y se lo

comunicaron a sus lectores. También mencionaron una y otra vez la lamentable situación sanitaria de la ciudad. Por ejemplo, los habitantes arrojaban la basura en la calle y a nadie parecía importarle.

En octubre entró en vigor la ansiada dictadura sanitaria. Las autoridades ya podían obligar a los negocios a cerrar si no cumplían las normas sanitarias y multar a los ciudadanos que, por ejemplo, no mantuvieran a sus gallinas encerradas. La comisión provincial de sanidad amenazó a las autoridades municipales con cuantiosas multas por su negligencia a la hora de registrar las muertes a causa de la gripe. Sin embargo, se siguieron celebrando misas a diario durante todo el mes, el peor de la epidemia, y las congregaciones no hicieron sino aumentar a medida que cada vez más zamoranos aterrados buscaban un respiro en las iglesias. La oración *Pro tempore pestilentia*, que declara que la enfermedades es la voluntad de Dios y que solo su misericordia puede acabar con ellas, resonaba entre los muros románicos.

Se instaló el desánimo. Reinaba la sensación de que el horror nunca iba a cesar, de que la enfermedad se había vuelto endémica. En una pastoral distribuida el 20 de octubre, el obispo Álvaro y Ballano escribió que la ciencia había demostrado ser impotente: «Al observar que no pueden encontrar protección ni alivio para sus problemas en la Tierra, las personas se distancian, desencantadas, y desvían sus miradas hacia el cielo». Cuatro días más tarde, se celebró una procesión en honor de la Virgen del Tránsito. La gente acudió a la ciudad desde el campo circundante y la catedral estaba abarrotada. «Una palabra del obispo bastó para llenar las calles de gente», informaba un periódico. Cuando las autoridades provinciales intentaron utilizar sus nuevas atribuciones para hacer cumplir la prohibición de actos multitudinarios, el obispo las acusó de interferir en los

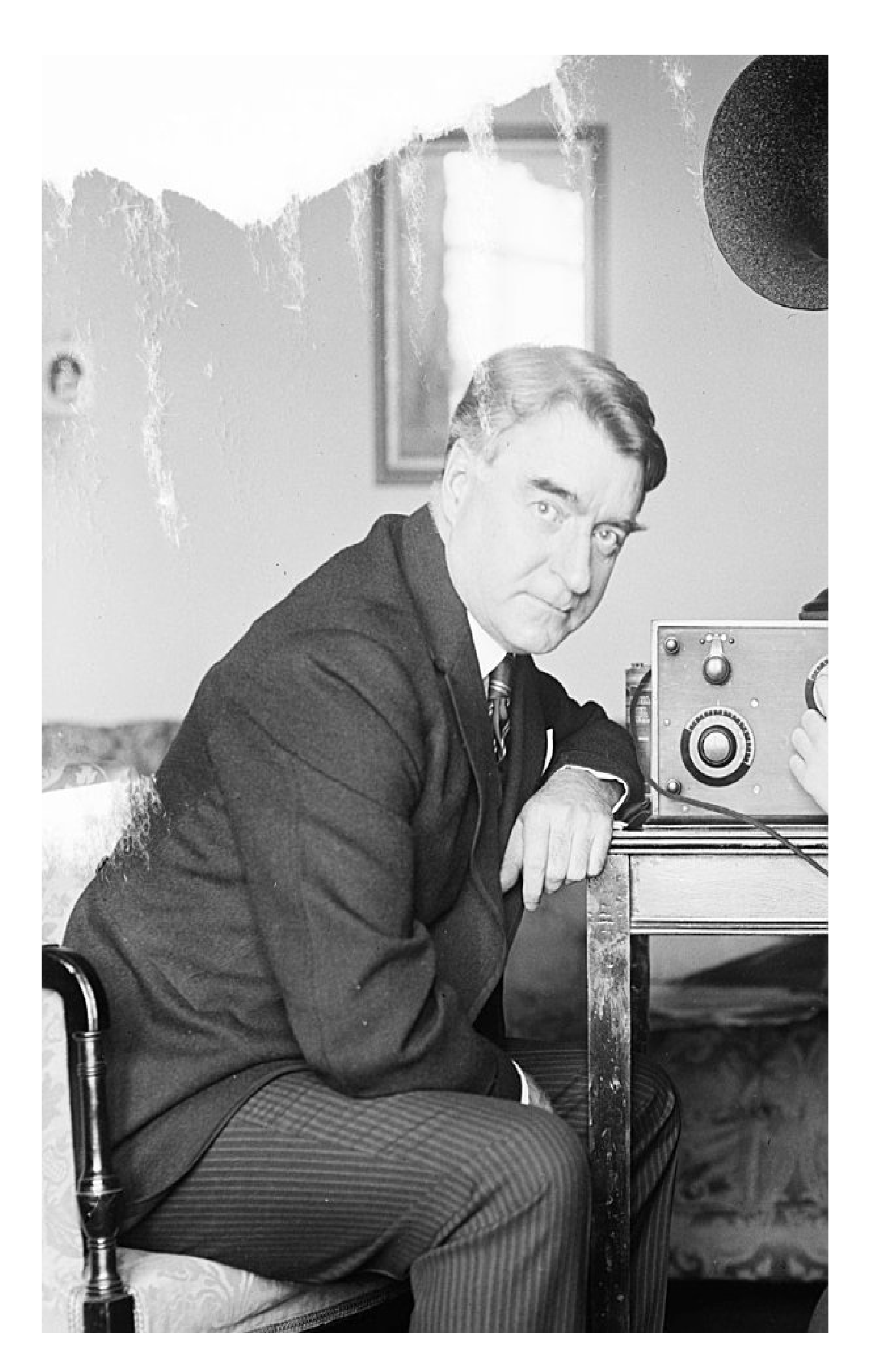
asuntos de la iglesia.

Al igual que en otros pueblos y aldeas, se tomó la decisión de dejar de tocar las campanas de las iglesias a muerto para que su constante tañido no aterrorizara a la población. Sin embargo, en otros lugares también se habían prohibido los cortejos fúnebres. No en Zamora, donde los dolientes seguían recorriendo las calles estrechas mientras el tañido de las campanas daba paso al silencio. Incluso en circunstancias normales, los ataúdes, blancos para los niños, eran un lujo que no estaba al alcance de la mayoría. Por entonces, era difícil para cualquiera conseguir madera para los ataúdes y los restos hinchados y ennegrecidos de los difuntos eran trasladados a su última morada envueltos únicamente en un sudario. En un eco de la quema ritual de incienso para purificar el altar, se esparcía pólvora por las calles y se prendía fuego. A un cortejo fúnebre que se aproximara solo era posible verlo vagamente entre el asfixiante humo negro, que a veces se mezclaba con la bruma que se elevaba del Duero en aquellos fríos días de otoño. «Debía parecer que la ciudad estaba en llamas», comentó un historiador.[10]

Para mediados de noviembre, lo peor ya había pasado. El obispo escribió a su congregación atribuyendo el fin de la epidemia a la misericordia de Dios. Expresó su pesar por las vidas que se habían perdido, y elogió a quienes, con su asistencia a las muchas novenas y misas, habían aplacado la «legítima ira de Dios» y a los sacerdotes que habían muerto sirviendo a los demás. También escribió que se sentía reconfortado por la docilidad con la que incluso los creyentes menos entusiastas habían recibido la extremaunción.[11]

La epidemia aún no había terminado cuando el obispo escribió la carta. Reaparecía, más leve que durante la oleada de otoño, en la primavera siguiente. Los periodistas tenían

razón: Zamora había sufrido más que ninguna otra ciudad de España. Sin embargo, no parece que sus habitantes consideraran a su obispo responsable. Tal vez ayudó que habían crecido con la leyenda de Atilano, el primer obispo de Zamora, quien en el siglo x había peregrinado a Tierra Santa para arrepentirse de sus pecados y liberar a su ciudad de la peste. Incluso hay quienes defienden a Álvaro y Ballano y afirman que hizo cuanto pudo para consolar a sus fieles ante la inercia del ayuntamiento, y que el verdadero problema fue la ineficacia del sistema sanitario y la escasa educación en materia de higiene. Antes de que 1919 tocara a su fin, la ciudad le concedió la Cruz de Beneficencia en reconocimiento por sus heroicos esfuerzos para poner fin al sufrimiento de sus ciudadanos durante la epidemia y continuó siendo obispo de Zamora hasta su muerte en 1927.





Cuarta parte
El instinto de supervivencia

Royal S. Copeland e hijo, Washington DC, 1924.

8
Cruces de tiza en las puertas

Cordón sanitario. Aislamiento. Cuarentena. Se trata de conceptos antiguos que los seres humanos han estado aplicando desde mucho antes de que comprendieran la naturaleza de los agentes de contagio, mucho antes siquiera de que consideraran que las epidemias eran actos de Dios. De hecho, puede que tuviéramos estrategias para distanciarnos de las fuentes de infección desde antes de que fuéramos estrictamente humanos.

Puede que al leer las descripciones de los síntomas de la gripe española en estas páginas, el lector haya sido consciente de su propia reacción física de repugnancia. Los científicos creyeron durante mucho tiempo que la repugnancia era exclusivamente humana, pero han llegado a considerarla un mecanismo de supervivencia básico que también se observa en el reino animal.[1] Evitamos aquello que nos resulta repulsivo y este tipo de reacciones se han observado en muchas especies cuando el contagio es una amenaza. La langosta común del Caribe, *Panulirus argus*, es muy sociable por naturaleza, pero se niega a compartir guarida con otra langosta que esté infectada con un virus letal. Los grupos de chimpancés se mantienen alejados unos de otros en la naturaleza no solo para evitar conflictos poco amistosos, sino también probablemente para evitar el contagio, y se ha observado que los tejones en cautividad enfermos se anticipan a una reacción de repugnancia, o eso parece, retirándose a sus túneles y bloqueándolos con tierra.

También podría ser una sensación de repugnancia, en este sentido básico del término, lo que impulsa a los animales a

deshacerse higiénicamente de sus muertos. Las abejas arrastran escrupulosamente a sus compañeras muertas fuera de la colmena y los elefantes no pasan junto a un ejemplar muerto de su especie sin cubrirlo con ramas y tierra. Cynthia Moss, que estudia el comportamiento de los elefantes, cuenta que, tras un sacrificio selectivo en un parque de Uganda, los guardas depositaron las orejas y las patas cortadas de los animales en un cobertizo con la intención de venderlas más tarde para fabricar bolsos y paragüeros. Una noche, varios elefantes irrumpieron en el cobertizo y enterraron las patas y las orejas.[2] La opinión general entre los especialistas es que los humanos empezaron a enterrar a sus muertos de forma sistemática cuando se agruparon en los primeros asentamientos. Antes de eso, los dejaban expuestos a los elementos y seguían adelante.

Es probable que los grupos humanos, al igual que los de chimpancés, hayan estado evitando los gérmenes de otros durante milenios, pero cuando se volvieron más sedentarios, se vieron forzados a idear nuevas estrategias para evitar las infecciones. El muy temido cordón sanitario (cuando se traza una línea en torno a una zona infectada y no se permite salir a nadie, a veces bajo pena de muerte) es eficaz pero brutal. En el siglo XVII, el pueblecito inglés de Eyam, en Derbyshire, estableció un cordón a su alrededor cuando supo que estaba infectado por la peste. Cuando lo levantaron, la mitad de los lugareños había muerto, pero la infección no se había propagado. En el siglo siguiente, los Habsburgo establecieron un cordón desde el Danubio hasta los Balcanes para mantener a las personas del este infectadas alejadas del oeste de Europa. Incluía torres de vigilancia y puestos de control, y era patrullado por campesinos armados que enviaban a las personas sospechosas de estar infectadas a centros de cuarentena construidos a lo largo del mismo. Los

cordones sanitarios cayeron en desgracia en el siglo xx, pero el concepto se recuperó en 2014, durante la epidemia de ébola en África occidental, cuando tres países afectados establecieron uno alrededor de la zona en que convergen sus fronteras, ya que creían que se localizaba allí la fuente de la infección.

Otra estrategia para contener la enfermedad consiste en aislar forzosamente en sus propias casas a los enfermos o a las personas sospechosas de estar infectadas. Puede funcionar, pero es costoso en términos de vigilancia. Es más eficaz, desde un punto de vista logístico, recluir a esos individuos en un espacio designado y retenerlos allí durante un periodo superior al de infecciosidad. El término «cuarentena» lo inventaron los venecianos en el siglo xv, cuando obligaron a los barcos que llegaban de Levante a permanecer fondeados durante cuarenta días, una *quarantena*, antes de permitir desembarcar a quienes viajaban a bordo. No obstante, el concepto es mucho más antiguo. «Si es una mancha blanquecina en la piel, pero no aparece más hundida que la piel, y el pelo no se ha vuelto blanco, el sacerdote aislará al enfermo durante siete días. Al séptimo día lo examinará; si comprueba que la llaga se ha estabilizado, sin extenderse por la piel, el sacerdote lo mantendrá aislado otros siete días», afirma la Biblia (Levítico 13, 4-5).

Antes de que existieran los trenes y los aviones, cuando la mayoría de los viajes de larga distancia se realizaban por mar, los puertos eran los puntos habituales de entrada de las enfermedades, y se construyeron «lazaretos», u hospitales de cuarentena, cerca de los muelles o en islas cercanas. Muchas veces parecían prisiones, tanto por su arquitectura como por la forma en que trataban a los «internos», pero, en el siglo xix, algunos comerciantes emprendedores se dieron cuenta de que esos internos representaban un mercado

cautivo y en algunas ciudades negociaron con las autoridades para montar restaurantes, casinos y otras formas de entretenimiento, todo ello, por supuesto, a precios elevados (en la actualidad, muchos antiguos lazaretos se han convertido en hoteles lujosos, por lo que se podría decir que no ha habido muchos cambios).

En el siglo XX, el problema de la contención de las enfermedades se había vuelto más complejo. La infección no siempre llegaba por mar y, en las ciudades más grandes, los habitantes se contaban por millones. Sus ciudadanos no solo no se conocían entre sí, salvo dentro de sus limitados círculos sociales, sino que no siempre hablaban la misma lengua ni tampoco compartían las mismas creencias. En estas ciudades modernas, las medidas para prevenir las infecciones tenían que ser impuestas desde arriba, por una autoridad central. Para conseguirlo, esa autoridad necesitaban tres cosas: la capacidad para identificar los casos a tiempo y, de este modo, determinar en qué dirección se desplazaba la infección; comprender cómo se propagaba la enfermedad (¿a través del agua, del aire, de un insecto vector?) y, consecuentemente, las medidas que podrían contenerla; y algunos instrumentos para garantizar que se cumplieran esas medidas.

Cuando se daban estas tres condiciones, que se describirán con más detalle en los siguientes apartados, la contención podía ser extremadamente eficaz, pero el triplete era inusual. A menudo faltaban una o más, lo que hacía que los esfuerzos de la autoridad solo fueran parcialmente eficaces o ineficaces. Durante la pandemia de gripe de 1918, se observaron todas las permutaciones posibles. Analizaremos dos casos concretos, la ciudad de Nueva York y la ciudad persa de Mashhad. La gripe no era una enfermedad de declaración obligatoria en ninguna de ellas al principio de la pandemia y ahí es donde terminan las

semejanzas. Aunque hubo más factores que determinaron su experiencia de la gripe, aparte de sus esfuerzos por contenerla, el contraste entre el impacto que tuvo la epidemia en las dos ciudades fue sorprendente: la cifra de las muertes causadas por la gripe en Mashhad fue aproximadamente diez veces superior a la de la ciudad de Nueva York.

Señalar la infección

Las devastadoras pestes de la Edad Media dieron origen al concepto de vigilancia de las enfermedades, es decir, a la recopilación de datos sobre los brotes de la enfermedad para permitir una respuesta adecuada y oportuna, si no contra la epidemia en curso, al menos de cara a la siguiente. En primer lugar, la información sobre las enfermedades era inexacta: los diagnósticos eran imprecisos y las cifras, aproximadas. Sin embargo, el volumen y la exactitud de los datos fueron aumentando paulatinamente. Los médicos comenzaron a registrar no solo las cifras de enfermos y muertos, sino también quiénes eran, dónde vivían y cuándo presentaron por primera vez los síntomas. Se dieron cuenta de que recopilando y analizando estos datos podían aprender mucho sobre el origen de las epidemias y cómo se propagaban. En el siglo XX, varios países habían establecido la obligatoriedad de notificar las enfermedades y también se reconocía el hecho de que las enfermedades infecciosas no respetan las fronteras. En 1907, los estados europeos crearon la Oficina Internacional de Higiene Pública en París como un registro centralizado de datos sobre enfermedades y para supervisar las normas internacionales relativas a la cuarentena de los barcos.

En 1918, si un médico diagnosticaba una enfermedad de

declaración obligatoria, tenía que comunicárselo a las autoridades sanitarias locales, estatales o nacionales. Las sanciones por no hacerlo, aunque rara vez se hacían efectivas, incluían multas y la revocación de la licencia. Solo había que notificar las enfermedades que se consideraba que representaban un grave riesgo para la salud pública, por lo que, por ejemplo en Estados Unidos, a principios de 1918 se tenían que notificar obligatoriamente la viruela, la tuberculosis y el cólera, pero no la gripe. Muy pocos países del mundo que dispusieran de sistemas de notificación de enfermedades bien organizados exigían por entonces a los médicos avisar de la gripe, lo que significa, dicho llanamente, que la gripe española cogió al mundo por sorpresa.

Se informó localmente de la aparición de brotes, gracias sobre todo a los periódicos y a médicos concienzudos que se dieron cuenta de que en esta ocasión era más grave que la mayoría de las veces, pero prácticamente ninguna autoridad central tenían una visión general de la situación. Incapaces de unir los puntos, ignoraban la fecha de llegada, el punto de entrada y la velocidad con que avanzaba. Dicho de otro modo, no existía ningún sistema de alerta. La obligatoriedad de notificar la enfermedad se impuso tardíamente. Para cuando se despertó el antiguo instinto de prepararse para lo peor, ya era demasiado tarde: la enfermedad estaba dentro.

Hubo algunas excepciones, pero le debieron su suerte principalmente a la casualidad de que se trataba de islas, y además remotas. En esa época, Islandia contaba con una población inferior a los 100.000 habitantes, y cuando llegó la gripe se corrió la voz rápidamente. Los islandeses instalaron un control en la principal vía que conducía al norte de la isla y apostaron un centinela en un lugar donde un río glaciar sin puente atravesaba una carretera, creando una barrera natural con la zona oriental. Finalmente, las autoridades

impusieron una cuarentena a los buques que arribaban y la combinación de todas estas medidas ayudó a evitar el contagio de más de una tercera parte de la población.

Australia vio venir a la epidemia desde lejos, tanto en el tiempo como en el espacio. Las autoridades oyeron hablar por primera vez de una epidemia de gripe en Europa en el verano boreal de 1918, y en septiembre tuvieron conocimiento de espantosas informaciones sobre la segunda oleada mortal. Tras haber visto cómo avanzaba por África y Asia, el 18 de octubre finalmente impusieron protocolos de cuarentena en todos los puertos australianos (Nueva Zelanda no hizo lo mismo). Así pues, cuando la multitud jubilosa se congregó en noviembre en la Martin Place de Sídney para celebrar el armisticio, disfrutó del privilegio, casi único en el mundo, de no tener nada que temer del virus. Aunque la tercera oleada penetró en el país a principios de 1919, habría habido muchísimas más víctimas si hubieran permitido la entrada de la oleada de otoño.

A Filipinas no le protegió su carácter insular. Cuando se declaró allí la gripe, a los ocupantes estadounidenses no se les ocurrió que pudiera provenir de fuera, pese a que las primeras víctimas fueron estibadores que trabajaban en los puertos de Manila. Dieron por sentado que el origen era autóctono (la denominaron por el nombre local para la gripe, *trancazo*) y no hicieron el menor esfuerzo por proteger a la población local, que ascendía a diez millones de personas. La única excepción fue un campamento situado a las afueras de Manila en el que se adiestraba a los filipinos para que se incorporaran al esfuerzo bélico estadounidense, en torno al cual crearon una zona de cuarentena. En algunas regiones apartadas del archipiélago, el 95 por ciento de las comunidades se vieron afectadas por la enfermedad durante la epidemia y murieron 80.000 filipinos.[3]

Los destinos claramente contrapuestos de la Samoa

Americana y Samoa Occidental, dos archipiélagos cercanos en el Pacifico Sur, muestran lo que sucedía cuando las autoridades acertaban el sentido del avance y cuando se equivocaban. Las autoridades estadounidenses que ocupaban la Samoa Americana comprendieron no solo que la amenaza provenía de fuera de su territorio, sino también que la población nativa era más vulnerable a las enfermedades que los colonos blancos, debido a su aislamiento histórico, y adoptaron unos estrictos protocolos de cuarentena para evitarla. La Samoa Americana salió indemne, pero Samoa Occidental, bajo control de Nueva Zelanda, no tuvo tanta suerte. Después de que la infección llegara a las islas en un buque de vapor procedente de Auckland, las autoridades locales cometieron el mismo error que los ocupantes de Filipinas y supusieron que el origen era local. Uno de cada cuatro samoanos occidentales murió en la tragedia resultante que, como veremos, afectaría dramáticamente al futuro de la isla.

Como ejemplo más flagrante de la falta de notificación de los casos de gripe española en todo el mundo, basta con mirar su nombre. El mundo creía que provenía de España, cuando en realidad solo un país podía acusar legítimamente a los españoles de haber enviado al ángel de la muerte: Portugal. La injusticia engendra injusticia y los españoles, resentidos por verse convertidos en el chivo expiatorio del mundo, señalaron a los portugueses. Miles de españoles y portugueses fueron trabajadores temporales en Francia durante la guerra, sustituyendo a los trabajadores franceses que habían partido al frente y, aunque es indudable que estos obreros llevaron el virus al otro lado de la frontera, los españoles señalaron a los portugueses como los culpables. Establecieron cordones sanitarios en las estaciones de ferrocarril y sellaron los vagones en los que viajaban los pasajeros portugueses para que no pudieran mantener

contacto con los españoles, supuestamente libres de la infección, que iban en otros vagones. En Medina del Campo, un importante nudo ferroviario situado a 150 kilometres al noroeste de Madrid, rociaron a los viajeros portugueses con desinfectantes malolientes y los retuvieron hasta ocho horas, e impusieron multas o incluso encarcelaron a los que protestaron. El 24 de septiembre de 1918, para gran indignación de sus vecinos, España cerró ambas fronteras, una medida absurda, ya que para entonces la enfermedad ya se había propagado por los cuarteles del castillo de Zamora. El soldado de Nápoles había regresado al país.

Detener la propagación

Una epidemia, al igual que un incendio forestal, depende del «combustible», es decir, de individuos susceptibles a la infección. Va aumentando exponencialmente a partir de unos pocos casos iniciales, la «chispa», porque esos casos están rodeados de un gran reservorio de individuos susceptibles. Sin embargo, con el tiempo ese reservorio se va reduciendo a medida que los enfermos mueren o se recuperan y adquieren inmunidad. Por tanto, si se dibujara un gráfico de una epidemia, con el «número de nuevos casos» en el eje vertical y el «tiempo» en el eje horizontal, se vería una distribución normal, una campana de Gauss.

Esta es la forma clásica de una epidemia, aunque puede haber innumerables variaciones: por ejemplo, pueden variar la altura o la anchura de la curva, o puede tener más de un pico. La forma básica sigue siendo reconocible, lo que significa que se puede describir en términos matemáticos. En el siglo XXI, la modelación matemática de las epidemias es muy sofisticada, pero los científicos ya habían empezado a pensar de este modo en 1918. Dos años antes, Ronald Ross,

un experto en malaria británico y premio Nobel, había incluido en su «teoría de los sucesos» un conjunto de ecuaciones diferenciales que podían ayudar a determinar, en cada momento, el porcentaje de una población que estaba infectada, el porcentaje que era susceptible y la tasa de conversión entre ambos (en el caso de algunas enfermedades, los individuos infectados podían regresar al grupo de susceptibles al recuperarse). Un «suceso», según la definición de Ross, era cualquier cosa que se propagara entre una población, ya fuera un germen, un rumor o una moda.

El trabajo de Ross, junto con el de otros, mostraba con cifras algo que hacía mucho tiempo que la gente había comprendido de forma instintiva, que un «suceso» empieza a remitir cuando la densidad de individuos susceptibles cae por debajo de cierto límite. Una epidemia sigue su curso y desaparece sola, sin intervención, pero las medidas que hacen que disminuya esa densidad, a las que se denomina colectivamente «distanciamiento social», pueden acelerar el final de la misma y reducir el número de víctimas. Imaginemos que el área bajo la curva de la epidemia refleja la cantidad total de sufrimiento que genera. Ahora pensemos en la diferencia de tamaño de esa área cuando la curva es alta y ancha, es decir, sin intervención, y cuando es baja y estrecha, con intervención. Esa es potencialmente la diferencia entre una infraestructura de salud pública desbordada, donde no se puede tratar a los pacientes, los médicos y los profesionales de la enfermería tienen que trabajar hasta la extenuación y los cadáveres se acumulan en los depósitos, y un sistema eficaz que, pese a estar al límite de su capacidad, aún consigue hacer frente a la afluencia de enfermos.

En 1918, una vez que se hizo obligatorio notificar la gripe y se reconoció que se trataba de una pandemia, se adoptaron diversas medidas de distanciamiento social, al menos en los

países que disponían de los recursos para hacerlo. Se cerraron las escuelas, los teatros y los lugares de culto, se limitó el uso de los sistemas de transporte público y se prohibieron los actos multitudinarios. Se impusieron cuarentenas en los puertos y las estaciones de ferrocarril, y se trasladó a los pacientes a los hospitales, que instalaron pabellones de aislamiento para separarlos de los pacientes no infectados. En las campañas de información pública se recomendaba a la población que usara pañuelos cuando estornudara y se lavara las manos con regularidad; que evitara las aglomeraciones, pero mantuviera las ventanas abiertas (ya que se sabía que los gérmenes se reproducen en los ambientes cálidos y húmedos).

Se trataba de medidas con resultados comprobados, pero había otras más experimentales. La gripe española fue, a todos los efectos, la primera pandemia de gripe pospasteuriana, ya que hasta bien avanzada la pandemia anterior, la gripe rusa de la década de los noventa del siglo XIX, Richard Pfeiffer no anunció que había identificado la causa microbiana de la enfermedad. Su modelo aún prevalecía en 1918, pero, obviamente, era erróneo. Al no disponer de pruebas diagnósticas, y con los expertos en salud discrepando sobre el agente de contagio, incluso en algunos casos sobre la identidad de la enfermedad, se vieron atrapados en su propio dilema.

Por ejemplo, en algunos lugares se recomendaba llevar una mascarilla de gasa sobre la boca (es probable que este fuera el comienzo en Japón de la práctica de llevar una mascarilla para proteger a los demás de los propios gérmenes), pero las autoridades sanitarias no se ponían de acuerdo sobre si realmente reducía la transmisión. También hubo división de opiniones sobre el uso del desinfectante. A finales de octubre de 1918, en plena oleada de otoño, cuando se rociaban las estaciones de metro y los teatros de París con

lejía, un periodista le preguntó a Émile Roux, nada menos que el director del Instituto Pasteur, si la desinfección era eficaz. La pregunta cogió a Roux por sorpresa, quien respondió: «Completamente inútil. Introduzca a veinte personas en una habitación desinfectada y meta a un paciente de gripe. Si estornuda, si una salpicadura de sus mocos nasales o de su saliva alcanza a las personas que tiene al lado, se contaminarán por mucho que la habitación esté desinfectada».[4]

Durante mucho tiempo se había supuesto que los niños en edad escolar eran los vectores ideales de la infección, ya que figuran entre las víctimas preferidas de la gripe estacional, se reúnen y se mezclan entre ellos a diario, y su control de los mocos tiende a ser insuficiente. Por tanto, el cierre de las escuelas era una reacción refleja en caso de que se declarara una epidemia de gripe y eso fue lo que ocurrió en 1918. Sin embargo, un par de voces más reflexivas se alzaron contra este clamor y en algunas ocasiones, como veremos, incluso se impusieron. Se trataba de individuos observadores que se habían percatado de dos cosas: que los niños en edad escolar no eran los objetivos principales de aquella gripe en concreto y que, incluso cuando enfermaban, no estaba claro dónde habían contraído la enfermedad, si en casa, en la escuela o en algún lugar intermedio. Si no había sido en las escuelas, entonces su cierre no iba a proteger a los niños ni a frenar la propagación.

No obstante, las discusiones más acaloradas giraron en torno a la vacunación. La vacunación era más antigua que la teoría de los gérmenes (Edward Jenner había vacunado con éxito a un niño contra la viruela bovina en 1796), por lo que no cabía duda de que era posible crear una vacuna eficaz sin conocer la identidad del microbio contra el que se quería provocar una respuesta inmunológica. Al fin y al cabo, Pasteur había creado una vacuna contra la rabia sin saber

que la causaba un virus. En 1918, los laboratorios estatales produjeron grandes cantidades de vacunas contra el bacilo de Pfeiffer y otras bacterias que se creía que causaban enfermedades respiratorias, y parece que algunas de ellas salvaron vidas. Sin embargo, en la mayoría de los casos fueron ineficaces: las personas vacunadas siguieron enfermando y muriendo.

Sabemos que la razón de que algunas de las vacunas funcionaran es que bloqueaban las infecciones bacterianas secundarias que causaban la neumonía que mataba a tantos pacientes. Sin embargo, en aquel momento los médicos interpretaron los resultados en función de su propia teoría favorita sobre la gripe. Unos señalaron que las vacunas eficaces eran una prueba de que el bacilo de Pfeiffer era el culpable. Otros comprendieron instintivamente que las vacunas solo actuaban contra las complicaciones, no contra la enfermedad subyacente, cuya naturaleza aún se les escapaba. Hubo insultos y desautorizaciones públicas. La Asociación Médica Estadounidense aconsejó a sus médicos que no confiaran en las vacunas y la prensa informó de ello. La controversia fue contraproducente, ya que las medidas más antiguas, las que mantenían separados a los enfermos y los sanos, funcionaban siempre que la gente las cumpliera.

Conseguir que la población cumpla las medidas

La cuarentena y otras estrategias de contención de las enfermedades sitúan los intereses del colectivo por encima de los del individuo. Como ya hemos señalado, cuando el colectivo es muy grande, estas estrategias se han de imponer de arriba abajo. Pero otorgar un mandato a una autoridad central para que actúe en interés del colectivo puede crear

dos tipos de problemas. En primer lugar, puede que el colectivo tenga prioridades contrapuestas (la necesidad de ganar dinero, por ejemplo, o la necesidad de reunir un ejército) y rechace o atenúe los poderes de ejecución de la autoridad. Y en segundo, se corre el riesgo de que los derechos de los individuos se vean pisoteados, sobre todo si la autoridad abusa de las medidas puestas a su disposición.

El historiador Alfred Crosby, que ha contado la historia de la gripe en Estados Unidos, ha argumentado que los intereses contrapuestos del colectivo son la razón de que la democracia no fuera útil en una pandemia. Las exigencias de seguridad nacional, una economía próspera y una sanidad pública rara vez son coincidentes, y los representantes electos que defienden las dos primeras socavan la tercera simplemente al hacer su trabajo. En Francia, por ejemplo, varios organismos poderosos, incluidos el Ministerio del Interior y la Academia de Medicina, ordenaron el cierre de teatros, cines, iglesias y mercados, pero rara vez se llevó a la práctica, ya que los prefectos de los departamentos franceses no aplicaron las medidas «por miedo a molestar a la población».[5] Sin embargo, la concentración de poder en la cúspide tampoco garantizaba una contención eficaz. En Japón, que por entonces atravesaba una etapa de transición del gobierno de un pequeño grupo de oligarcas a una incipiente democracia, las autoridades ni siquiera consideraron la posibilidad de cerrar los lugares públicos de encuentro. Un policía de Tokio observó que las autoridades de Corea, por entonces una colonia japonesa, habían prohibido todos los actos masivos, incluso los religiosos. «Pero no podemos hacer eso en Japón», susurró, sin dar una explicación.

Los individuos también tenían razones para desconfiar en 1918. Durante las últimas décadas del siglo XIX, es decir, en la memoria muy reciente, las campañas de salud pública se

dirigieron a los grupos marginados, cuando la eugenesia y la teoría de los gérmenes se unieron en una combinación tóxica. La India es un ejemplo ilustrativo. Las autoridades coloniales británicas habían adoptado desde hacía tiempo una actitud permisiva hacia la salud de la población autóctona, convencidas de que era incorregiblemente antihigiénica, pero cuando en 1896 se declaró un brote de peste bubónica, se dieron cuenta de que esta enfermedad mortal ponía en peligro sus intereses y se pasaron al otro extremo, imponiendo una campaña brutal para erradicar la infección. En la ciudad de Pune, por ejemplo, se aisló a los enfermos en hospitales de los que la mayoría jamás salió y a sus familiares los segregaron e internaron en «campos de salud». Excavaron los suelos de sus casas, fumigaron o quemaron sus efectos personales, y los camiones de bomberos bombearon cantidades tan enormes de ácido carbólico en los edificios que un bacteriólogo comentó que tuvo que abrir un paraguas antes de entrar.[6]

Las autoridades británicas, cegadas por su percepción negativa de los «pobres descalzos», se negaron a creer, al menos en los primeros días de la epidemia de peste, que la enfermedad la transmitían las pulgas de las ratas. Si lo hubieran creído, se podrían haber dado cuenta que habría sido una estrategia más acertada inspeccionar las mercancías importadas en lugar de a las personas y desratizar los edificios en lugar de desinfectarlos. Los indios que sufrieron las consecuencias de estas medidas llegaron a ver los hospitales como «centros de tortura y espacios cuya finalidad era obtener material para experimentos».[7] En 1897, el jefe del Comité de la Peste de Pune, Walter Charles Rand, fue asesinado por tres hermanos de la localidad, los Chapekar, a los que ahorcaron por su crimen (ahora, hay un monumento en la ciudad para honrarles como luchadores por la libertad).

En otros lugares del mundo también se registraron violaciones similares. En Australia se aplicó una política para apartar a los niños aborígenes mestizos de sus padres y entregárselos a familias blancas. Pensaban que los aborígenes «puros» estaban condenados a la extinción, pero se podía salvar a aquellos cuya sangre se había diluido con la de las razas blancas «superiores» si se los integraba en la sociedad blanca (eso en un momento en que estaba muriendo un gran número de aborígenes debido a las enfermedades infecciosas que habían llevado los blancos). En Argentina, se puso en marcha un programa para eliminar de las ciudades a las personas de origen africano, alegando que representaban un peligro para la salud de otros ciudadanos, una medida que el Gobierno brasileño también se planteó, pero acabó considerando inviable debido a que la inmensa mayoría de los brasileños eran de origen africano.

En este contexto, las autoridades sanitarias volvieron a anunciar en 1918 la imposición de medidas de contención de la enfermedad. Las pautas variaban de un país a otro, pero, en general, eran una combinación de prescripciones obligatorias y voluntarias. Se instaba a usar pañuelos y a abrir las ventanas de noche, pero no ocurría nada malo si no se hacía. Los agentes de policía que vigilaban podían pararte si escupías en la calle y multarte o incluso encarcelarte si reincidías, pero si alguien violaba la prohibición de los actos multitudinarios acudiendo a un mitin político o un evento deportivo, se arriesgaba a que un grupo de ellos irrumpiera con porras y disolviera violentamente la reunión. De hecho, por incumplir las normas de la cuarentena, o un cordón sanitario, cabía esperar una sanción muy severa.

Muchos acataron las restricciones. En esta época, antes de los movimientos por los derechos civiles, las autoridades tenían más potestad para intervenir en las vidas de los ciudadanos particulares y unas medidas que hoy en día se

percibirían como invasivas o intrusivas resultaban más aceptables, sobre todo en medio del ambiente patriótico propiciado por la guerra. Por ejemplo, en el otoño de 1918, en Estados Unidos no solo se tildaba a los objetores de conciencia de «cobardes», sino también a quienes se negaban a cumplir las medidas anticontagio.

Sin embargo, entre los grupos marginados a los que habían afectado estas medidas con anterioridad, existían sospechas de que se trataba de otro caballo de Troya y muchos se rebelaron discretamente. Los programas de vacunación promovidos en Sudáfrica desde noviembre de 1918 fueron objeto de un amplio boicot. Tanto los negros como los blancos tenían una idea vaga de la teoría de los gérmenes, hasta el punto que un articulista de la *Transkeian Gazette* llegó a escribir que muchos miles «sonríen para sí mismos cuando se les dice que una dosis de inoculación contiene millones de gérmenes y siguen la corriente al médico fingiendo creérselo». Pero además, los negros debían de preguntarse por qué los blancos estaban de repente tan preocupados por su salud. Circulaban rumores de que los blancos estaban intentando matarlos con largas agujas que, según los propaladores de rumores, introducían en la yugular.

Con el paso del tiempo, la fatiga se apoderó incluso de aquellos que habían cumplido las normas desde un principio. Estas medidas no solo les impedían seguir con sus vidas normales, sino que su eficacia parecía ser desigual en el mejor de los casos. Se dejó de dar ejemplo. El alcalde de San Francisco dejó que colgara su mascarilla mientras miraba un desfile para celebrar el armisticio. Y a veces no era fácil entender la lógica en que se basaban las restricciones. El padre Bandeaux, un sacerdote católico de Nueva Orleans, protestó por el cierre de las iglesias en la ciudad mientras se permitía a las tiendas seguir abiertas. Los

periódicos informaron puntualmente de estas disparidades y de las quejas que suscitaron.[8]

Los periódicos eran el principal medio de comunicación con el público en 1918 y desempeñaron un papel decisivo a la hora de influir en el cumplimiento o incumplimiento de las medidas. A menudo fueron los primeros en informar a sus lectores sobre la teoría de los gérmenes y en divulgar los mensajes de salud pública, aunque no sin expresar sus opiniones al respecto, y los diferentes periódicos expresaron opiniones distintas, sembrando la confusión. Su actitud, como la de los médicos y las autoridades, fue paternalista. Incluso en los países donde no estaban sometidos a la censura de tiempos de guerra, raras veces facilitaban información sobre la verdadera magnitud de la pandemia, ya que creían que no se podía confiar en el público. El concepto de «masa irracional» era mucho más poderoso entonces y temían desatar el pánico. Al fin y al cabo, no era nada fácil «guiar» a las masas, una actitud generalizada que resumió el periódico británico *Guardian* varios años más tarde: «¿De qué sirve recomendar a una población urbana moderna que evite viajar en tren o tranvía, pedir a las nuevas generaciones que renuncien a las películas o aconsejar a los desempleados que ingieran muchos alimentos nutritivos y eviten las preocupaciones?».[9]

El importante periódico italiano *Corriere della Sera* adoptó una postura original, informando a diario del número de muertos a causa de la gripe, hasta que las autoridades civiles lo obligaron a dejar de hacerlo por considerar que provocaba inquietud entre los ciudadanos.[10] Las autoridades no parecieron entender que el posterior silencio al respecto del periódico generó aún más preocupación. A fin de cuentas, la gente podía ver el éxodo de cadáveres desde sus calles y pueblos. A medida que fue transcurriendo el tiempo, y enfermaron los reporteros, los impresores, los camioneros y

los vendedores de periódicos, los medios empezaron a autocensurarse y el incumplimiento de las medidas aumentó aún más. La gente volvió a sus iglesias, buscó distracción en las carreras ilegales y dejó sus mascarillas en casa. En ese momento, las infraestructuras de salud pública (ambulancias, hospitales, enterradores) empezaron a tambalearse y derrumbarse.

Metrópolis imperiales

Nueva York era en 1918 el arquetipo de una ciudad moderna atomizada. Con una población de 5,6 millones de habitantes, competía con Londres por el título de mayor metrópoli del mundo y la superaría al cabo de pocos años. La razón de su rápida expansión fue la inmigración. Entre 1880 y 1920 llegaron a Estados Unidos más de veinte millones de personas en busca de una vida mejor y Nueva York fue el principal puerto de entrada. La inmensa mayoría provenía del sur y el este de Europa y, como ocurre con los inmigrantes alejados de sus hogares, necesitaban tiempo para integrarse. Nueva York en 1918 era muchos mundos en uno.

El comisario de sanidad de la ciudad, Royal S. Copeland, se enfrentó a un desafío totalmente moderno cuando en julio se declaró la segunda oleada de la epidemia: obtener una respuesta colectiva de un batiburrillo de comunidades diferentes que, aunque se solapaban en el espacio, a menudo no tenían idioma común y apenas compartían identidad. Y este no fue su único reto. Nueva York era el primer punto de embarque para las tropas que se dirigían a Europa, lo que descartaba la posibilidad de imponer una cuarentena eficaz en la ciudad.

Copeland era cirujano ocular y homeópata, una combinación que no sorprendía tanto antes de que se calificara a la homeopatía de «alternativa», y solo ocupaba el puesto de comisario desde abril de ese año. Nacido en Michigan, era un «muchacho americano típicamente optimista, que citaba la Biblia, con afán de superación y proclive a soltar perogrulladas», y se le consideraba un hombre práctico que conseguía que se hicieran las cosas, pero, durante el verano y a principios del otoño, fue dando largas.[11] Las autoridades portuarias habían incrementado la vigilancia de los barcos que llegaban desde julio, pero cuando el 12 de agosto atracó el buque noruego *Bergensfjord* con la infección a bordo y trasladaron a once de sus pasajeros a un hospital de Brooklyn, no los aislaron. Hasta el 17 de septiembre, cuando la epidemia ya había avanzado mucho, no fue obligatorio notificar los casos de gripe y neumonía en la ciudad y durante el resto del mes Copeland minimizó el peligro. Para cuando reconoció oficialmente la epidemia, el 4 de octubre, los buques destinados al transporte de tropas, incluido el *Leviathan,* ya llevaban mucho tiempo cruzando una y otra vez el Atlántico y distribuyendo su mortífera carga.

Copeland debió de darse cuenta de que no podía hacer nada respecto a los movimientos de tropas (el presidente Woodrow Wilson había rechazado el consejo de los médicos militares y aceptado el de los altos mandos del ejército, quienes insistieron en que prosiguieran los traslados) y es posible que retrasara la declaración de la epidemia para no entorpecerlos. Sin embargo, una vez declarada, tomó tres decisiones que podrían salvar vidas. En primer lugar, eliminó las horas punta escalonando los horarios de apertura de las fábricas, las tiendas y los cines. En segundo, estableció un sistema de intercambio de información en virtud del cual se crearon 150 centros de salud de emergencia en toda la

ciudad para coordinar la atención y la notificación de los casos. Y en tercero y más polémico, mantuvo abiertas las escuelas.[12]

Su intención fue en un principio cerrar todas las escuelas públicas, como habían hecho en los estados limítrofes de Massachusetts y Nueva Jersey. Sin embargo, la pionera directora de la división de higiene infantil del departamento de sanidad, Josephine Baker, le convenció de que no lo hiciera, argumentando que resultaría más fácil vigilar a los niños en la escuela y tratarlos en caso de que mostraran síntomas. Se los podía alimentar adecuadamente, lo que no siempre ocurría en sus casas, y utilizar para transmitir importante información sobre salud pública a sus familias. «Quiero ver si puedo mantener al grupo de edad de entre seis y quince años de esta ciudad alejado del peligro de la "gripe". No sé si puedo lograrlo, pero me gustaría muchísimo tener una oportunidad», le dijo.[13] Copeland se la dio y, al hacerlo, se ganó durísimos reproches, incluso de la Cruz Roja y de excomisarios de sanidad, pero él y Baker acabarían siendo exculpados: prácticamente no hubo casos de gripe entre los niños en edad escolar aquel otoño.

La campaña de Copeland se vio obstaculizada en reiteradas ocasiones por las demandas del patriotismo y el esfuerzo bélico. El 12 de octubre, cuando la epidemia se acercaba a su punto álgido, los hospitales estaban abarrotados, las salas quirúrgicas eran reconvertidas en pabellones para la gripe y se habían transformado los gimnasios y el primer albergue para personas sin hogar de la ciudad a fin de poder alojar a todos los pacientes. Pero el 12 de octubre también fue el Día de la Raza y, para conmemorar la ocasión, el presidente Wilson presidió el desfile de 25.000 personas por la «Avenida de los Aliados», como se había rebautizado temporalmente a la Quinta Avenida.

Copeland también tuvo que negociar con los empresarios locales. A diferencia de los comisarios de sanidad de otras ciudades, no cerró los locales de ocio, aunque impuso unas normas estrictas: por ejemplo, prohibir el acceso a los niños. Cuando el 20 de octubre se estrenó la película de Charlie Chaplin *¡Armas al hombro!*, en la que un vagabundo secuestra al káiser, el gerente del Strand Theatre, Harold Edel, elogió al público por su impresionante respuesta: «Consideramos una maravillosa muestra de reconocimiento hacia *¡Armas al hombro!* el hecho de que las personas pongan en peligro su vida para verla».[14] Lamentablemente, Edel murió de gripe española una semana antes de que se publicaran sus palabras.

Sin embargo, Nueva York ya tenía práctica en el arte de las campañas de salud pública, tras haber declarado la guerra a la tuberculosis, y sobre todo a la costumbre de escupir en público, veinte años antes, lo que favoreció a Copeland. Para finales de septiembre, la ciudad estaba empapelada de recomendaciones sobre cómo prevenir y tratar la gripe. Pero estos consejos estaban escritos en inglés y, hasta la segunda mitad de octubre, cuando lo peor ya había pasado, no enviaron a los Boy Scouts a corretear por los bloques de viviendas del Lower East Side de Manhattan para repartir panfletos en otras lenguas.

De todos los grupos de inmigrantes que vivían en la ciudad en 1918, el más reciente, más pobre y el que aumentaba con más rapidez era el de los italianos. Habían llegado unos 4,5 millones en las cuatro décadas transcurridas desde 1880 y muchos de ellos nunca se marcharon. Tendían a elegir las «pequeñas italias»: el Lower East Side, la zona de Brooklyn cercana a los astilleros de la Marina y East Harlem. Trabajaban en fábricas y talleres clandestinos, en la construcción o en los ferrocarriles, y se mudaban a infraviviendas atestadas, convirtiendo Nueva York en la

segunda ciudad con más italianos del mundo después de Nápoles.

Estos inmigrantes, en su mayoría *contadini* o campesinos procedentes de zonas rurales del sur de Italia, no estaban acostumbrados a la vida urbana y eran especialmente vulnerables a las enfermedades respiratorias. Lo sabemos gracias a Antonio Stella, un médico y especialista en enfermedades respiratorias que también era de origen italiano (había obtenido la nacionalidad en 1909) y que defendió la causa italoamericana. Cuando no estaba visitando a los pacientes del Hospital Italiano de la calle Ciento diez oeste, o en su propio consultorio, iba a buscarlos en las zonas de la ciudad donde se concentraban. En ocasiones le acompañaba su hermano menor, el artista Joseph Stella, quien dibujaba lo que veía y comparó Nueva York con «una inmensa prisión en la que las aspiraciones de Europa enferman y languidecen».[15]

Stella ya había observado mucho antes de la epidemia que las tasas de enfermedades respiratorias, sobre todo de tuberculosis, eran muy elevadas en las «pequeñas italias» y que la tasa de mortalidad más alta entre todos los descendientes de grupos de inmigrantes de la ciudad era la de los italianos. Sus incursiones en el infame «Lung Block» en el Lower Manhattan, así llamado porque estaba infestado de tuberculosis, le convencieron de que no se notificaban muchos casos: el número real de casos era unas veinte veces superior a la que cifra de que tenía conocimiento el departamento de sanidad. «Seis meses de vida en los bloques de viviendas bastan para convertir a los fornidos jóvenes de Calabria, los musculosos pescadores de Sicilia y las robustas mujeres de Abruzzo y Basilicata en las criaturas pálidas, débiles y más pequeñas de lo normal que vemos arrastrarse por las calles de Nueva York», escribió.[16]

Stella era plenamente consciente de que se podía utilizar

la enfermedad para estigmatizar aún más a grupos ya de por sí marginados y en esa época gran parte de la xenofobia iba dirigida contra los italianos. Se los consideraba sucios, desaliñados y dominados por sus pasiones, y se los relacionaba con la delincuencia, el alcoholismo, el comunismo y un sinfín de problemas sociales. Para este médico respetado y culto, que coleccionaba antigüedades y damascos en su tiempo libre y entre cuyos pacientes figuraban personas ricas y famosas, incluido el célebre tenor Enrico Caruso, la integración era la mejor protección contra los prejuicios. Su ciudad de adopción se lo había demostrado en reiteradas ocasiones. Cada nueva oleada de inmigrantes se había visto asociada no solo con determinados estereotipos raciales, sino también con enfermedades concretas. En los años treinta del siglo XIX se culpó del cólera a los inmigrantes irlandeses pobres. Hacia finales del mismo siglo, se llegó a conocer a la tuberculosis como la «enfermedad judía» o la «enfermedad del sastre». Y cuando en 1916 hubo un brote de polio en las ciudades de la Costa Este, se culpó a los italianos. Las enfermeras que visitaban a domicilio repudiaban su costumbre de besar a los muertos y los italianos les cerraban la puerta en las narices.

Para Stella era evidente que los inmigrantes adquirían la mayoría de sus problemas de salud en Estados Unidos (en lugar de haberlos llevado consigo, como les gustaba decir a los nativistas) y que el problema subyacente era el hacinamiento en las viviendas. En los peores casos que documentó, la densidad de población llegaba a los 120.000 habitantes por kilómetro cuadrado, una cifra superior a la de la mayoría de las ciudades más densamente pobladas de Europa en esa época y no muy alejada de la de Dharavi, una barriada de chabolas de Bombay a la que se considera uno de los lugares con mayor densidad de población del planeta en la actualidad. En algunas zonas de la calle Trece este, un

reducto siciliano, contó a diez personas, por término medio, viviendo en una única habitación. Pero también era consciente de que exacerbaban su propia vulnerabilidad con sus costumbres atrasadas. Muchos eran analfabetos y no hablaban inglés. Eran supersticiosos, gregarios y desconfiaban de la autoridad. Sus remedios populares habían sufrido algunas modificaciones, ya que ahora no podían conseguir huesos de lobo, pero encontraron sustitutos en los intersticios de la ciudad o los cultivaron en jardineras. Seguían creyendo en las brujas y la gracia sanadora de la Virgen, y escupían para ahuyentar el mal de ojo.

Lo más peligroso de todo, a juicio de Stella, era que estos campesinos urbanos creían en dejar que las enfermedades siguieran su curso, en la *pazienza* y en que lo que tenga que ser, será. Miraban a los médicos con el mismo recelo que a los sacerdotes y los terratenientes en Italia y creían que los hospitales eran un lugar para morir. Mario Puzo escribió en su novela *La mamma* (1965) acerca del Hospital Bellevue de Manhattan (en el que Stella pasaba consulta) que «los pobres que eran piadosos se santiguaban al entrar por aquellas puertas». En realidad, el doctor Barbato de Puzo podría haber estado inspirado en Stella: «Oh, sabía muy bien qué se ocultaba detrás de los respetuosos y aduladores *signore dottore* esto y *signore dottore* aquello. Se alimentaba de sus desgracias; su dolor era su ganancia; llegaba cuando más necesitados estaban y temían la muerte, y les pedía dinero a cambio de su ayuda. En cierto modo primitivo, creían que el arte de curar era algo mágico, divino, que no se podía comprar ni vender». La práctica moderna de pagar por los servicios de un médico les era ajena.

En esa época, el principal periódico en italiano de Nueva York era *Il Progresso Italo-Americano*. Vendía cerca de 100.000 ejemplares diarios y se leía como es habitual en las comunidades con altos niveles de analfabetismo: al final de

la jornada laboral, un trabajador semianalfabeto lo leía muchas veces con gran dificultad y después transmitía lo que había entendido a los demás, que lo compartían y comentaban mientras abarrotaban el metro de regreso a sus casas. Los periodistas de *Il Progresso* sabían que sus lectores se ataban rodajas de patata a las muñecas para bajar la fiebre y mantenían las ventanas cerradas durante la noche para protegerse de los espíritus malignos, y durante la epidemia adoptaron la estrategia del palo y la zanahoria para alejarlos de estas prácticas y atraerlos hacia otras más «ortodoxas». La zanahoria eran los consejos amistosos: «No se debe besar a los niños en la boca y se ha de evitar todo lo posible besarlos». El palo era la ley: «Se han dictado órdenes muy estrictas contra quienes no respeten escrupulosamente las medidas higiénicas o no usen un pañuelo cuando expectoran. Estas infracciones se castigarán con multas y penas de cárcel».

Il Progresso fue uno de los pocos medios que dio su visto bueno cuando Copeland anunció su decisión de mantener las escuelas abiertas. Las familias italianas solían mantener a sus hijos cerca (por ejemplo, los llevaban a comer a casa), pero, como señalaba el periódico, cuando los niños no estaban en las aulas, solían estar sin supervisión en la calles, mientras que en las escuelas los maestros los vigilaban y podían detectar los primer síntomas. «Además, en las escuelas se presta más atención a la higiene y la ventilación que en muchas casas», añadía. De hecho, es posible que Copeland tuviera a los italianos en mente cuando dio su aprobación al plan de Baker. El hijo de Copeland defendió la decisión de su padre años más tarde y explicó que, en una parte del Lower East Side, «se hacinaban entre diez y quince personas en dos habitaciones y un baño. La bañera se usaba para almacenar carbón. No había agua caliente y a menudo faltaba el agua fría. Tenían que dormir por turnos. El cierre

de las escuelas habría supuesto una exposición aún mayor».

El propio Copeland contrajo la gripe a finales de octubre, según su hijo, pero no se lo dijo a nadie y siguió gestionando la crisis. El 5 de noviembre declaró el fin de la epidemia, aunque se produciría un recrudecimiento a principios de 1919. Cuando más tarde le preguntaron por qué creía que había afectado menos gravemente a Nueva York que a otras metrópolis de la Costa Este, respondió que la ciudad gozaba de una sólida base en materia de salud pública gracias a que llevaba veinte años combatiendo la tuberculosis.[17] La mayoría de los neoyorquinos estaban familiarizados con los principios de la higiene, aunque no supieran cómo se propagaba la gripe, y acostumbrados a que las autoridades intervinieran en su salud. Otro posible factor de protección, que él no mencionó, fue que en la ciudad hubo una oleada anterior de gripe en la primavera, posiblemente prolongada, que podría haber conferido cierta inmunidad a la población.[18]

La temida reacción contra los italianos nunca se produjo ni tampoco se culpó de la gripe a algún otro grupo de inmigrantes.[19] Se ha sugerido que la epidemia duró demasiado poco como para que la gente empezara a señalar con el dedo, pero puede que también hubiera otra razón. Aunque todas las personas fueron vulnerables a la gripe, los italianos lo fueron más que la mayoría y así constaba en los registros públicos. Los interventores que Copeland envió a los bloques de viviendas cuando ordenó que se notificaran los casos de gripe (no solo médicos, sino también inspectores de organismos no médicos y personas legas en la materia), muchas veces solo llegaban a tiempo de contar los muertos y organizar su entierro. Dos semanas después de haberlos movilizado, les asignó una tarea adicional: describir las condiciones sanitarias en las que habían encontrado a los pacientes. Esto sirvió para añadir más datos sobre la vida de

los inmigrantes a la visión fragmentaria con la que las autoridades habían trabajado hasta entonces y permitió a los neoyorquinos pudientes ver por primera vez cómo eran los barrios pobres asolados por la tuberculosis.

Il Progresso desempeñó un importante papel a la hora de llamar la atención sobre la situación de los italianos. A finales de octubre contó la triste historia de Raffaele De Simone, quien no había podido encontrar ninguna funeraria que le suministrara un ataúd para su bebé de un año. El pequeño cadáver yacía en casa sin enterrar desde hacía varios días, hasta que el desesperado padre, preocupado por sus otros cuatro hijos, pidió ayuda: si se pudiera encontrar alguna caja adecuada, metería dentro a su hijo muerto, lo llevaría al cementerio e incluso cavaría la tumba él mismo de ser necesario (el periódico publicó unos días más tarde que finalmente había comprado algo de madera y, desesperado, había construido un ataúd con sus propias manos).

Es probable que también favoreciera a los italianos el hecho de que el ejército se hubiera visto gravemente afectado (el ejército estadounidense perdió más hombres a causa de la gripe que de los combates, debido en parte a los mortales transportes de tropas) y de que muchos de los soldados que murieron hubieran nacido en el extranjero. Algunos italianos habían viajado a Europa para luchar incluso antes de que Estados Unidos entrara en la guerra y se calcula que 300.000 hombres de origen italiano se alistaron en el ejército estadounidense.

En la ciudad de Nueva York se prohibieron los funerales públicos durante la pandemia y solo se permitía que los cónyuges acompañaran al féretro, aunque al parecer las autoridades hicieron la vista gorda el 27 de octubre, cuando se celebró el funeral del cabo Cesare Carella en la iglesia de Nuestra Señora de Pompeya, en el Greenwich Village. El cabo Carella había sobrevivido a la guerra para acabar

muriendo de gripe española y se congregó una gran multitud para ver pasar el féretro camino de la iglesia. Estaba cubierto con la bandera italiana, sobre la que habían depositado un ramo de flores y el característico sombrero de ala ancha con plumas negras de urogallo que Carella había usado por pertenecer a los Bersaglieri, una unidad de infantería ligera del ejército italiano. Banderas italianas y estadounidenses colgaban de las ventanas a lo largo de toda la ruta seguida por el cortejo y, según *Il Progresso*, el sacerdote habló en la iglesia abarrotada «como solo puede hacerlo un sacerdote italiano que tiene fe y lleva a la patria en su corazón». Después, la congregación acompañó al ataúd durante todo el trayecto hasta el cementerio del Calvario, en Queens, donde, por desgracia, se acumulaban los ataúdes a la espera de ser enterrados. Copeland descubrió doscientos cuando visitó el cementerio dos días más tarde. Al día siguiente de la visita del comisario de salud, el alcalde de Nueva York, John Hylan, ordenó a setenta y cinco hombres que fueran al Calvario y acabaran con el trabajo acumulado.

Es posible que Copeland incluso contribuyera involuntariamente a que los italianos se integraran un poco más. En septiembre, un par de días después de que estableciera la obligatoriedad de notificar los casos de gripe, pero antes de reconocer oficialmente la epidemia, ordenó la hospitalización obligatoria de todos los pacientes de gripe que compartieran una vivienda. Por supuesto, esto incluía a las atestadas infraviviendas. No hay constancia de la reacción de los italianos reacios a los hospitales, salvo un intrigante artículo de *Il Progresso*. El 25 de septiembre publicó que la comunidad por fin se había despertado de su «paralizador letargo» y había donado con entusiasmo a un fondo para la creación de un nuevo hospital italiano en Brooklyn.

En realidad, los casos esporádicos de prejuicios nativistas que se dieron en Nueva York ese otoño estuvieron dirigidos contra personas de origen alemán. En general, *Il Progresso* fue muy meticuloso desmintiendo los rumores descabellados sobre la gripe, incluido el de que a las enfermeras y los médicos hallados culpables de propagar los gérmenes de la gripe entre los soldados los habían fusilado al amanecer, pero no se resistió a publicar la historia de un hombre que supuestamente había entregado libros a los niños fuera de una escuela en Long Island y les había pedido que rascaran las páginas para descubrir imágenes del presidente Wilson y otros personajes famosos. Al levantarse sospechas, el director recogió los libros, vio «Made in Germany» impreso al final y los envió para que los analizaran en busca de gérmenes de la gripe (aún se esperan los resultados).

La gripe también hizo que los italianos encontraran un nuevo y poderoso defensor en Copeland. Apoyó las reformas que Stella y otros portavoces de los inmigrantes habían propugnado durante años, declarando la guerra a los caseros de las infraviviendas y haciendo campaña a favor de mejores viviendas sociales. Abogó porque se realizaran los reconocimientos médicos de los inmigrantes antes de que partieran de sus países de origen para evitar la exclusión a su llegada y lamentó que se desaprovechara a buenos agricultores que se veían obligados a ganarse la vida como «pobres vendedores ambulantes urbanos» en Estados Unidos. Un año después de la epidemia, la Asamblea Legislativa del estado de Nueva York le concedió 50.000 dólares (unos 900.000 dólares de hoy) para realizar un importante estudio sobre la «erradicación y el control de la gripe y otras enfermedades del tracto respiratorio» y siguió introduciendo cambios profundos en la estructura de la sanidad pública de la ciudad; como parte de los mismos, a partir de entonces se organizaron conferencias en almacenes

y fábricas en italiano y en yidis.[20]

El primer proyecto de vivienda pública de la ciudad se puso en marcha en 1934 en el Lower East Side. El alcalde por aquel entonces, Fiorello La Guardia, era hijo de inmigrantes italianos, había trabajado de traductor en el centro de inmigración de la isla de Ellis y su primera mujer había muerto de tuberculosis a los veintiséis años. Así fue como La Guardia presentó el proyecto durante su inauguración en 1936: «Derribemos lo viejo, construyamos lo nuevo. Abajo las viejas pocilgas podridas. Abajo las chabolas, abajo la enfermedad, abajo las ratoneras, dejemos que entre el sol, dejemos que entre el cielo. Amanece un nuevo día».

La enfermedad de los vientos

Ahmad Qavam al-Saltaneh llegó a Mashhad en enero de 1918, tras haber viajado durante diez días por el desierto desde Teherán, probablemente en una diligencia tirada por caballos. Le imagino haciendo un alto en el monte del Saludo, el lugar desde donde los peregrinos podían avistar por primera vez la tumba del mártir, y contemplando la cúpula dorada brillando bajo la luz de sol. Sabía que tenía por delante una tarea titánica: el gobierno le había enviado para que se hiciera cargo de una ciudad al borde del caos.

En aquella época, Mashhad era la única ciudad de la vasta provincia nororiental de Jorasán. Al ser un lugar sagrado para los musulmanes chiíes, recibía cada año desde todo el mundo una cifra de peregrinos equivalente a la de sus 70.000 habitantes. Acudían a rezar al santuario del imam Reza, el octavo de los doce imames considerados por los chiíes los herederos espirituales del profeta Mahoma. Pero también era un centro del comercio del azafrán y las turquesas, famoso

por sus hermosas alfombras y una escala en la ruta comercial desde la India británica hacia el oeste y desde Persia hasta Rusia.

El gobierno, cuya sede se encontraba a 900 kilómetros, en Teherán, tenía escasa o nula autoridad en Mashhad, pero la ciudad no era inmune a la crisis política y económica que había afectado al resto del país. Durante más de medio siglo, Persia había sido un campo de batalla de los intereses imperialistas, el telón de fondo del llamado «Gran Juego», en el que los británicos y los rusos luchaban por el control de una enorme región situada entre el mar Caspio y el mar Arábigo, y en 1918 su gobierno era débil y estaba prácticamente en la bancarrota. Por aquel entonces, Persia era un protectorado de facto.

Poco más de una década antes, en 1907, los británicos y los rusos habían firmado un acuerdo para dividir el país en tres zonas: una zona rusa en el norte, una zona británica en el sur y una zona neutral entre ambas. Esta precaria tregua se mantuvo hasta el estallido de la guerra en 1914. Persia se declaró neutral al principio, pero no sirvió de mucho: se convirtió en el escenario de una guerra indirecta. Los británicos y los rusos se encontraron luchando en el mismo bando contra los otomanos, que amenazaban al país desde el noroeste, y sus aliados alemanes. Para los británicos, Persia era una zona de amortiguación esencial que protegía a la joya de la corona, la India, de sus enemigos, por lo que cuando el Ejército imperial del zar se desintegró debido a la revolución rusa y se creó un vacío de poder en la zona norte, se mostraron profundamente preocupados. En cuanto los rusos firmaron el Tratado de Brest-Litovsk, los británicos ocuparon todo el este del país. Mashhad, que siempre había sido un preciado puesto de escucha para ellos, se convirtió en la primavera de 1918 en una base militar aún más valiosa.

Sin embargo, Mashhad no era el mejor lugar para estar en

1918. Era una ciudad sitiada, controlada a todos los efectos por las tribus de las montañas circundantes que, acostumbradas a robar a los peregrinos cuando se acercaban al santuario en mula o a caballo, estaban enviando con absoluto descaro partidas a saquear la propia ciudad. Los peregrinos siguieron acudiendo y para entonces también aumentó el número de soldados rusos blancos, muchos de los cuales habían resultado heridos en los combates con los bolcheviques más al norte. Y había una hambruna. Se habían malogrado dos cosechas sucesivas debido a la falta de lluvia y la requisa de cereales por parte de los ejércitos ocupantes para alimentar a sus tropas había exacerbado el hambre.[21]

Qavam se dispuso a restablecer la seguridad en la ciudad. Tenía fama de ser un hábil negociador, aunque no temía usar la fuerza, en caso de que fuera necesario, para conseguir resultados. Ordenó arrestar y encadenar a varios jefes tribales mientras esperaban un castigo conforme a la *sharia*. Las ejecuciones públicas no tardaron en convertirse en una actividad habitual en la vida en Mashhad. A algunas tribus las dejó en paz a petición de los británicos, que las necesitaban para reclutar tropas, y negoció con otras. «El gobernador general ha resuelto satisfactoriamente el problema pendiente con el jefe hazara Saiyid Haidar», informó el coronel Grey, el cónsul general británico, varios meses después de la llegada de Qavam. Al parecer, había convencido a Haidar para que entregara doscientos rifles a cambio de retirar todos los cargos contra él.[22]

El problema de abastecimiento era difícil de resolver. En la primavera de 1918, el embajador estadounidense en Persia, John Lawrence Caldwell, informó de que los persas estaban comiendo hierba y animales muertos (en lugar de sacrificados), incluso carne humana. El precio del pan se había multiplicado por cuatro desde 1916, mientras que los salarios no habían aumentado y ya no había carne en

Mashhad. El santuario acogía a los bebés abandonados y había personas tendidas en las calles. Algunos buscaron refugio o *bast* en las oficinas de telégrafo, una antigua costumbre en tiempos difíciles, aunque puede que eligieran ese lugar inspirados por la idea más reciente de que los cables llevarían sus peticiones directamente hasta el palacio del sah en Teherán.

La hambruna se agravó en junio. Para entonces los británicos alimentaban a varios miles de personas cada día en un patio del complejo del consulado, aunque algunos han argumentado que las iniciativas de ayuda de los británicos fueron insignificantes en comparación con todos los suministros que habían requisado.[23] Grey informó de que, durante el Ramadán, un conocido predicador de Mashhad criticó públicamente a los británicos y los amenazó con el castigo divino. El tifus o las fiebres tifoideas, o quizás ambas, estaban causando estragos en Mashhad (hubo confusión en el diagnóstico de todas las enfermedades presentes en la ciudad en ese momento) y hacia finales de junio se registraron casos de cólera más al norte, en la ciudad rusa de Asjabad. Grey se aprovisionó de suero de la India y lamentó la penosa situación sanitaria de la ciudad: «No se puede hacer nada para proteger el abastecimiento de agua». En julio resultó evidente que la siguiente cosecha no se iba a malograr y se volvieron a restringir las operaciones para paliar la hambruna, pero los británicos seguían preocupados por el cólera e intentaron disuadir a un gran número de personas para que no realizaran la tradicional peregrinación desde lo que ahora es Pakistán hasta Mashhad tras el final del Ramadán.[24] Todavía estaban preocupados por las enfermedades transmitidas por el agua cuando llegó a la ciudad una enfermedad transmitida por el aire, la gripe española.

Es probable que llegara con un soldado ruso que

regresaba desde Transcaspia, ahora Turkmenistán, por una rudimentaria carretera que serpenteaba por la cordillera Kopet Dag, situada en el extremo nordeste del país. Su llegada en la tercera semana de agosto coincidió con la de un viento frío, lo que hizo que la población local la denominara la enfermedad de los vientos malignos. Grey informó dos semanas más tarde de que había invadido cada casa y cada negocio y que los pelotones que habían reclutado los británicos, que estaban concentrados en la ciudad, se encontraban gravemente afectados. La lamentable insuficiencia de instalaciones médicas en la ciudad se hizo evidente.

Aparte del hospital con doce camas y el dispensario del consulado británico, en Mashhad había otras dos instalaciones médicas convencionales para los civiles, ambas pequeñas en un sentido moderno: una en el santuario y otra gestionada por misioneros estadounidenses. El santuario había tenido un hospital propio desde el siglo XIX (y algún otro tipo de instalación médica mucho antes de eso). Atendía principalmente a los peregrinos y de vez en cuando se anunciaban curaciones milagrosas. Pero cuando el médico misionero Rolla E. Hoffman llegó a Mashhad en 1916 y lo visitó, lo describió como «un sitio al que los hombres solo acudían a morir; apenas un panel de vidrio en todo el lugar, somieres de madera sin sábanas ni almohadas, el suelo de tierra y sin estufas».[25]

Puede parecer sorprendente que los misioneros presbiterianos se atrevieran a entrar en un lugar tan sagrado para los musulmanes como Mashhad, pero algunos años más tarde, otro de ellos, William Miller, explicó cuál era la motivación de una forma sorprendentemente sencilla: «Puesto que Meshed [*sic*] era un importante centro de devoción islámica, incumbía a los cristianos izar allí el estandarte de Cristo».[26] El primero en hacerlo fue el

reverendo Lewis Esselstyn en 1894. Provocó un disturbio y un amable lugareño lo sacó de allí a escondidas, pero regresó en 1911 hablando persa y esta vez consiguió quedarse. Cuando Hoffman se unió a él cinco años más tarde, no tardó en formarse la opinión de que solo se toleraba a los cristianos por los medicamentos que suministraban.

Mashhad aún era medieval en 1918, pero sus murallas de adobe se estaban desmoronando. Era una ciudad de cementerios en los que, durante siglos, habían enterrado a los peregrinos que acudían allí a morir unos encima de otros y donde, de vez en cuando, las viejas tumbas cedían y se disolvían en la red de abastecimiento de agua. Esta estaba formada por canales artificiales llamados *qanats*, que trasladaban el agua hasta la ciudad desde las montañas cercanas. El agua circulaba a cielo abierto por medio de la calle principal (un constante hervidero de peregrinos, comerciantes, camellos y mulas) y, al no existir un sistema de alcantarillado separado y tapado, se contaminaba fácilmente. La teoría de los gérmenes había dejado su impronta en Persia en 1918, pero solo en el 5 por ciento de la población alfabetizada. En cuanto al agua, la mayoría de las personas se guiaban por una prescripción religiosa según la cual el agua era limpia si fluía y si su volumen era superior a un *korr* (350 litros), por lo que fregaban los utensilios de cocina, limpiaban a sus burros y y se lavaban ellos mismos muy cerca de los *qanats* abiertos.

El Gobierno de Teherán había intentado en reiteradas ocasiones poner en marcha una infraestructura sanitaria de ámbito nacional, incluido un sistema de cuarentena para contener las epidemias, pero nunca lo había logrado debido a la falta de fondos o a que los británicos y los rusos siempre conseguían subvertir esos intentos para sus propios fines políticos y comerciales. Para que funcionara una infraestructura de este tipo, el país tendría que haber estado

unido y en 1918 distaba mucho de estarlo. Las iniciativas locales para mejorar la higiene en Mashhad también fracasaron. Cuando se declaró un brote de cólera en 1917, el predecesor de Qavam creó un comité sanitario que recomendó llevar a cabo reformas a largo plazo, como trasladar los cementerios fuera de las murallas de la ciudad e introducir la obligatoriedad de notificar las enfermedades contagiosas, pero ninguna de ellas se aplicó.[27]

Como Mashhad era una ciudad santa, los administradores del santuario ejercían un gran poder no solo espiritual, sino también financiero, ya que el santuario poseía una gran cantidad de propiedades inmobiliarias. En 1918, el pensamiento islámico aún se basaba en enseñanzas del siglo IX en lo que respectaba a las epidemias.[28] Incorporaba el concepto de contagio, pero solo hasta cierto punto. La norma general era que quienes se encontraban dentro de una zona infectada no debían huir, mientras que los que se encontraban fuera y aún estaban sanos debían mantenerse alejados. Pero en las prescripciones había también un componente fatalista: la enfermedad era un martirio para los creyentes y un angustioso castigo para los infieles. La inmensa mayoría de los persas acudían cuando enfermaban a los *hakim* o curanderos, que aplicaban dos sistemas médicos aparentemente complementarios: el galénico y otro que sostenía que el Corán ofrecía la mejor protección contra la enfermedad. Podían achacar una enfermedad a un desequilibrio humoral y recomendar un cambio de dieta, en línea con el primero; o podían identificar como causa de la enfermedad la picadura de un *yinn* y recomendar atarse una oración al brazo, en consonancia con el segundo.

Los misioneros de Esselstyn habían estado muy ocupados ayudando al consulado británico a distribuir alimentos durante la hambruna. Tanto Hoffman como Esselstyn, que en ocasiones ejercía de ayudante de Hoffman y ocultaba su

larga barba pelirroja dentro de la bata quirúrgica, habían contraído el tifus. Esselstyn murió y fue enterrado en el cementerio ruso. Hoffman sobrevivió, pero enfermó de gripe. Fue en este momento cuando Qavam hizo su primera incursión en la sanidad pública. Con la ayuda de los británicos, y explotando el miedo de la población local a una invasión bolchevique, asumió el control de la mayoría de las instituciones públicas de la ciudad y revivió el inactivo comité sanitario. El comité, a su vez, resucitó las recomendaciones que había formulado el año anterior durante el brote de cólera (apenas había tenido tiempo de hacer nada más) e incluyó la propuesta de que se prohibiera enterrar los cuerpos dentro de la ciudad, al menos mientras durara la epidemia, así como llevar cadáveres a Mashhad desde las zonas circundantes, y que un inspector de sanidad supervisara los entierros que se celebraran dentro de las murallas de la ciudad.

Qavam escribió a los administradores del santuario el 18 de septiembre para pedirles que aplicaran las recomendaciones.[29] Estaba pidiendo que suspendieran tradiciones centenarias, incluso desafiando los textos sagrados, y debió de prever la posibilidad de recibir una negativa, pero bastó con su famoso poder de persuasión. El administrador jefe del santuario le respondió ese mismo día, diciendo que, aunque no le habían gustado algunas palabras, que le habían parecido un insulto a la dignidad del santuario, accedería a la petición del gobernador por respeto personal hacia él. A continuación escribió a sus subordinados para decirles qué hacer. Tal vez le había impresionado la magnitud del desastre, ya que accedió a que el inspector del comité supervisara los entierros e incluso a que el santuario sufragara su salario. Ordenó que las sepulturas tuvieran al menos un metro de profundidad. Una vez depositado el cadáver en su interior, se debían cubrir con una espesa capa

de tierra y cal «para eliminar el riesgo de que emanara aire nocivo del cadáver». Todo aquel que no obedeciera las nuevas normas sería severamente castigado.

Fue un avance, pero difícilmente podía contener la enfermedad de los vientos, sobre todo en aquella fase avanzada. La epidemia siguió su curso natural en Mashhad. Lo peor había pasado para el 21 de septiembre, momento en que las provincias de Jorasán y la vecina Sistán estaban totalmente infectadas y la gripe se dirigía hacia el oeste, hacia Teherán, a la velocidad de una «goleta de la pradera», el nombre por el que se conocía en Estados Unidos a la diligencia. Desde Mashhad se fue extendiendo con los peregrinos, los comerciantes y los soldados a los cuatro confines del país. A finales de septiembre prácticamente había desaparecido de la ciudad, pero estaba diezmando las zonas periféricas. La vida de los habitantes de Mashhad mejoró, pero únicamente en un aspecto: los asaltos y los ataques contra los peregrinos se volvieron menos frecuentes. Tal vez la política de Qavam de tolerancia cero con los bandidos surtió efecto, aunque también es probable que esta pausa fuera una señal ominosa de los estragos que la gripe había causado en las montañas.

En una ciudad con menos de un centenar de camas hospitalarias, habían contraído la gripe unas 45.000 personas, dos terceras partes de la población. Las palabras del astrólogo jefe de la ciudad, pronunciadas en un acto público hacia finales de septiembre, dan una idea del estado de ánimo de los supervivientes, no solo de Mashhad, sino de toda Persia. Los astrólogos eran esencialmente místicos a los que los persas acudían en momentos de crisis y cuya credibilidad se veía reforzada por la creencia islámica en la predestinación. El astrólogo jefe transmitió las profecías realizadas unos días antes por su homólogo de Teherán, según las cuales el gobierno británico sería aniquilado al año

siguiente; en 1920 regresaría a Persia el padre del sah actual, que había sido depuesto en 1909, y en 1921 se produciría el retorno del Mahdi, el esperado duodécimo imam que librará al mundo del mal.

En octubre comenzó el mes sagrado chií, el *muharram*, que culmina en la *ashura*. La *ashura,* la festividad más sagrada del calendario chií, conmemora el martirio del tercer imam, Hussein. Varios años más tarde, el misionero William Miller describió las procesiones de *muharram* que vio en Mashhad: «Pasó un grupo de hombres desnudos hasta la cintura que se golpeaban en la espalda con cadenas. Después llegaron los hombres que habían hecho la promesa de cortarse en la frente con sus espadas hasta que corriera la sangre por sus túnicas blancas».[30] La multitud miraba lamentándose en voz alta. Se representaron *taziyehs,* obras religiosas. El *muharram* es un acontecimiento importante que absorbe toda la energía de la ciudad durante el mes que dura, pero Grey escribió que en 1918 transcurrió discretamente: «Debido a la reciente enfermedad en la ciudad, la asistencia a las procesiones fue menor de la habitual».

Hoffman acabó cerrando el hospital estadounidense en diciembre de 1918, agotado después de haberlo gestionado solo durante toda la crisis y de haber padecido él mismo ataques de tifus y gripe. Antes de tomarse un merecido descanso, consiguió escribir una última carta a la sede central de la congregación solicitando fondos para financiar una ampliación del hospital y contratar a un segundo médico. En la carta expresaba su entusiasmo ante el potencial para la «evangelización médica» de Mashhad, a la que llevaban todos los caminos de la región, y la posibilidad de devolver a los peregrinos la salud física y espiritual. Le concedieron los fondos.

Qavam sobrevivió en 1921 a las turbulencias del golpe de

Estado del general Reza Khan, apoyado por los británicos, y, tras contar con el favor del nuevo sah, llegó a ser primer ministro del país durante cinco mandatos. El sah reconstruyó Mashhad siguiendo un trazado rectilíneo, la conectó con Teherán por una carretera moderna y demolió los cementerios. Hoffman, que permaneció allí hasta 1947, fue testigo de la transformación: «Los huesos de siglos fueron cargados en carretillas y arrojados a fosas sin nombre, y las lápidas se usaron para los bordillos y las aceras de las calles».[31]

9
El efecto placebo

De un modo muy similar a lo que ocurre hoy en día, cuando una persona enfermaba en Europa o Estados Unidos a finales del siglo XIX, podía acudir a un médico «ordinario», un homeópata, un naturópata, un osteópata o un curandero, o podía cubrir todos los frentes y visitar a los cinco. La diferencia entre entonces y ahora es que el médico ordinario no tenía una categoría especial. Su medicina no tenía nada de convencional ni la de los otros nada de «alternativa». No era más que otro culto entre muchos cultos médicos. A principios del siglo XX, los médicos ordinarios acabaron con la competencia de los «irregulares». En Europa lo hicieron básicamente gracias a una mayor regulación estatal de la atención sanitaria y en Estados Unidos, gracias a una serie de enconadas batallas judiciales, pero el resultado en ambos lugares fue el mismo: la medicina convencional monopolizó el acceso de las masas. Para 1918 era incuestionablemente la dominante.

Por tanto, cuando se desató la epidemia de gripe española, la mayoría de las personas de los países industrializados acudieron en busca de tratamiento a los médicos ordinarios. ¿Qué podían ofrecer estos? Obviamente, ninguna vacuna eficaz. Tampoco fármacos antivirales (los primeros no entraron en los consultorios hasta 1960), ni antibióticos para tratar las infecciones bacterianas oportunistas. No estarían disponibles hasta después de la segunda guerra mundial. Al encontrarse con pacientes con el rostro azulado que respiraban con dificultad, creyeron que tenían que hacer algo y el enfoque que adoptaron fue el polipragmatismo o

polifarmacia: recurrir al botiquín para tratar de resolver el problema.

¿Qué había en el botiquín de un médico convencional en 1918? Todavía era una época de «pócimas, extractos de plantas y otros tratamientos no probados».[1] El desarrollo clínico de fármacos se hallaba en sus inicios, y aunque ya se habían probado algunos medicamentos en animales o seres humanos, muchos otros, no. Si se realizaban ensayos en humanos, solían ser pequeños. No existían los complejos y carísimos ensayos clínicos sobre los que leemos ahora, con sus investigadores «a ciegas» y sus controles de placebo. La legislación para garantizar que los medicamentos fueran puros y no estuvieran adulterados era reciente, y eso en aquellos países que disponían de ella. No sabían cómo interactuaban los componentes activos de un fármaco con los tejidos vivos o las condiciones que convertían a un medicamento en un veneno, e incluso cuando sí se sabía, la mayoría de los médicos lo ignoraba; no era parte de su formación.

Uno de los primeros frascos al que recurrían era el que contenía aspirinas, el «fármaco milagroso» que se sabía que bajaba la fiebre y calmaba el dolor. Lo recetaban en cantidades tan grandes, que la doctora Karen Starko propuso en 2009 la problemática teoría de que la intoxicación por aspirina podría haber contribuido a la muerte de un considerable porcentaje de las víctimas de la gripe. Las dosis muy elevadas de aspirina pueden provocar que los pulmones se llenen de líquido, un hecho que los médicos desconocían en 1918, y sabemos que recetaban sistemáticamente el doble de la dosis máxima que se considera segura en la actualidad. No obstante, la teoría de la intoxicación por aspirina es polémica. Otros científicos han señalado que en muchos países el medicamento no estaba disponible de manera generalizada (por ejemplo, la mayoría de los indios no tenían

acceso a él), por lo que, aunque puede que agravara la situación en Estados Unidos y en otros países ricos, es poco probable que contribuyera al número global de muertos de una manera significativa.[2]

No obstante, es posible que muchos de los que padecieron la gripe española también tuvieran que hacer frente a los efectos de la sobredosis de las sustancias que los médicos recetaban para tratar de aliviar los síntomas. Por ejemplo, la quinina era un tratamiento conocido para la malaria y otras «fiebres biliosas de naturaleza palúdica».[3] No había pruebas de que funcionara para la gripe, pero se prescribieron dosis elevadas. «A los síntomas de la enfermedad ahora había que añadir los causados por la panacea: zumbido en los oídos, vértigo, pérdida auditiva, sangre en la orina y vómitos», escribió Pedro Nava en Brasil. La alteración de la visión de los colores, aunque poco común, puede ser un efecto secundario provocado por la ingestión de mucha quinina, lo que significa que este fármaco podría haber exacerbado la sensación que tenían algunas víctimas de la gripe de despertar en un mundo pálido y descolorido.

Los preparados de arsénico eran populares por su efecto tónico y analgésico, al igual que el aceite de alcanfor para tratar las dificultades respiratorias. Se suponía que la dedalera y la estricnina estimulaban la circulación, se recetaban sulfato de magnesio y aceite de ricino como purgantes, y varios fármacos derivados del yodo para la «desinfección interna». Cuando ninguno de ellos funcionaba, los médicos recurrían a técnicas más antiguas. Tras haber observado que algunos pacientes parecían mejorar después de haber sangrado por la nariz, tener la menstruación e incluso, traumáticamente, haber sufrido un aborto, algunos recuperaron la antigua práctica de la extracción de sangre o sangría medicinal. Los médicos de las

tradiciones hipocrática y galénica creían que purificaba la sangre y, en 1918, se observó que la sangre de los pacientes de gripe era inusualmente densa y oscura. Sin embargo, esta práctica suscitó cierto escepticismo. «Aunque este recurso no aliviaba ni curaba a nadie, reconfortaba al paciente y a la familia», escribió un médico español.[4]

Aún más polémico fue el alcohol, sobre todo en aquellos estados donde el movimiento prohibicionista estaba cobrando fuerza y no se podía conseguir sin prescripción médica. Algunos médicos afirmaban que el alcohol en pequeñas dosis tenía un efecto estimulante, mientras que otros recomendaban la abstinencia total. Los vendedores aprovecharon que no había mucho donde elegir para pregonar las propiedades medicinales de sus productos. Las autoridades sanitarias del cantón suizo de Vaud, temerosas de provocar otro tipo de epidemia, distribuyeron una circular en la que se instaba a los médicos a «oponerse enérgicamente a la idea que está arraigando de que alcohol en dosis elevadas protege contra la gripe», aunque esas mismas autoridades admitían que podía ser útil cuando el paciente tenía fiebre y era incapaz de comer por sí solo. Algunos médicos sostenían que la inhalación del humo del cigarro mataba los gérmenes y, obviamente, cada uno escogía el consejo que más le convenía. El arquitecto Le Corbusier, nacido en Suiza, se retiró a sus aposentos en París y, durante los peores momentos de la pandemia, bebió coñac y fumó mientras meditaba cómo revolucionar el modo de vida de la gente (pese a no tener siquiera un título en arquitectura).

Algunos «experimentadores» emprendedores propusieron nuevos profilácticos o terapias basadas en sus observaciones. El médico Valentine McGillycuddy se dio cuenta mientras trataba a los pacientes de la mina de mercurio de New Idria, en el condado de San Benito, California, de que ninguno de

los hombres que manejaban el horno donde se extraía el metal había contraído la gripe. Dedujo que se debía a las propiedades antisépticas del mercurio o bien a que el vapor de mercurio estimula las glándulas salivares (McGillycuddy volverá a aparecer más adelante en Alaska y nos encontraremos con él allí). Los médicos del ejército francés observaron, al parecer de manera independiente, que cuando la gripe invadió una clínica del ejército especializada en enfermedades venéreas, sucumbieron todos los pacientes excepto los sifilíticos, lo que hizo que se preguntaran si lo que había protegido a estos pacientes eran las inyecciones diarias de mercurio. Un médico vienés llegó incluso a realizar un pequeño ensayo. Como ninguno de sus veintiún pacientes de gripe había muerto después ser tratado con mercurio, llegó a la conclusión de que era una terapia eficaz contra esta enfermedad.[5] Por desgracia, como descubrieron muchos pacientes sifilíticos, el mercurio también es tóxico. Entre los síntomas de la intoxicación por mercurio figuran la pérdida de coordinación y una sensación de hormigueo bajo la piel. Es posible que, en este caso, la terapia fuera peor que la propia enfermedad.

En vista de las circunstancias, los fabricantes de fármacos patentados no tuvieron mucha dificultad para aprovecharse de un público receptivo y amasar pequeñas fortunas vendiendo sin receta sus dudosos productos. Sus tónicos y elixires (una fórmula famosa en esa época en Estados Unidos fue el Dr Kilmer's Swamp-Root) también solían tener un origen vegetal y a menudo se anunciaban como recetas de pueblos ancestrales. En la actualidad, las investigaciones sobre el uso de plantas autóctonas por grupos étnicos, la etnobotánica, es un campo respetado y las compañías farmacéuticas buscan posibles nuevos medicamentos superventas en estas farmacopeas indígenas. Pero en 1918, los medicamentos patentados estaban poco regulados y rara

vez existían pruebas de que funcionaran. Los médicos ordinarios, que tampoco pisaban un terreno firme, acusaron a sus fabricantes de charlatanería. Quienes no querían saber nada de ninguno de ellos recurrieron a los irregulares. Tras haber sufrido los efectos adversos de la sobredosis de medicamentos convencionales, puede que la perspectiva de un «remedio natural» o un compuesto homeopático extremadamente diluido les resultara atractiva. Alternativamente, depositaron su confianza en los remedios caseros: cataplasmas de mostaza, terrones de azúcar mojados en queroseno, infusiones elaboradas siguiendo viejas recetas familiares o la quema de plantas aromáticas dos veces al día delante de las casas (para limpiar el miasma).

Más allá de los países industrializados, la gente recurría a los sanadores tradicionales, unas veces después de haber visitado a médicos de tradición occidental y otras, antes. El ayurveda en la India y el *kanpo* en Japón (formas de tratamiento antiguas en las que se utilizan hierbas) eran alternativas de confianza y baratas a la medicina occidental, a la que no solían tener acceso aun cuando confiaran en ella. Los curanderos de las montañas de la India moldeaban figuras humanas con harina y agua, y las agitaban sobre los enfermos para ahuyentar a los malos espíritus. En China, además de organizar desfiles de las figuras de los reyes dragones por los pueblos, acudían a los baños públicos para sudar y eliminar los vientos malignos, fumaban opio y tomaban *yin qiao san,* una mezcla en polvo de madreselva y forsitia inventada durante la dinastía Qing para la «enfermedad de invierno».

La mayoría de estos «remedios» no eran más eficaces que un placebo. El efecto placebo es una manifestación del poder del pensamiento positivo. Surge de las expectativas de una persona en que un fármaco u otra intervención lo van a curar y puede ser extremadamente eficaz. Según ciertas

estimaciones, en la actualidad entre el 35 y el 40 por ciento de todas las recetas médicas no son mucho más que placebos.[6] Lo interesante de un placebo es que su eficacia varía en función de la confianza que se establece entre un paciente y su médico. Si un paciente deja de confiar en su médico o si percibe que el médico ha perdido el respeto por él, los efectos beneficiosos del placebo se reducen y esa reducción no se detiene necesariamente en cero. Puede entrar en un espacio negativo, provocando un efecto nocivo o «nocebo».

Se ha señalado que algunas de las terapias recomendadas en 1918 agravaron los síntomas. Es posible que lo hicieran, por razones bioquímicas, o podrían haber actuado como nocebos, y esto se aplica tanto a los remedios occidentales como a los tradicionales. El término «nocebo» no se incorporó al léxico médico convencional hasta los años sesenta del siglo XX, aunque es posible que algunos curanderos hubieran entendido el concepto instintivamente. Existen informaciones de chamanes que huyeron al ver que sus servicios no surtían ningún efecto. Tal vez temían por sus vidas o quizá comprendieron que corrían el riesgo de hacer más daño que bien. Los médicos occidentales, que se regían por un código de conducta diferente, permanecieron en sus puestos, probando un tratamiento tras otro con la esperanza de encontrar uno que funcionara. En realidad, un médico solo podía hacer dos cosas para aumentar las posibilidades de supervivencia de sus pacientes: asegurarse de que no se deshidrataran y de que recibieran una buena atención.

Obviamente, la gente esperaba más, en parte porque se lo habían prometido. Muchas personas, decepcionadas, recurrieron a instancias superiores. Los musulmanes buscaron refugio en las mezquitas, mientras que las comunidades judías de todo el mundo realizaron un ritual

arcaico denominado la «boda negra», cuya mejor descripción procede de Odesa, Rusia, y se presentará en el siguiente apartado. En el crisol de culturas que era la ciudad de Nueva York, esto produjo una interesante yuxtaposición en el Lower East Side: mientras los inmigrantes italianos suplicaban *la grazia,* la gracia sanadora de la Virgen, sus vecinos, judíos del este de Europa, asistían a las nupcias de dos de sus miembros entre las lápidas del cementerio de Monte Hebrón. Cuando Dios mismo demostró ser impotente, los ciudadanos se rindieron y, como tejones enfermos, se confinaron en sus casas.

Rituales negros

Cuando la primera oleada de la gripe española afectó a Rusia en mayo de 1918, pasó prácticamente inadvertida en la mayor parte del país, pero no en Odesa, donde un médico llamado Viacheslav Stefanski registró 119 casos en el Hospital de la Ciudad Vieja.

Lo sorprendente no es que esta oleada pasara desapercibida en otros lugares, sino que los odesanos la advirtieran. En 1918, Rusia se encontraba sumida en una guerra civil tras las revoluciones del año anterior. Odesa pertenece ahora a Ucrania, pero en 1918 era la tercera ciudad más importante del Imperio ruso después de Moscú y Petrogrado, y un campo de batalla clave en la guerra que se libraba en el sur de Rusia. A los odesanos, famosos en Rusia por su malicioso sentido del humor, les gustaba comparar a su ciudad con una prostituta que se acuesta con un cliente y se despierta con otro. Solo en 1918 pasó de los bolcheviques a los alemanes y los austriacos (en virtud del Tratado de Brest-Litovsk), a los nacionalistas ucranianos y, por último, a los franceses y sus aliados, los rusos blancos.

Odesa no presenció la violencia conocida como el «terror rojo», que desgarró a las ciudades del norte (aunque no escapó por completo a los asesinatos, la tortura y la represión instigados por la policía secreta bolchevique, la Checa), pero experimentó un desmoronamiento de los cimientos burocráticos de la vida, lo que provocó escasez de alimentos y de combustible, y un vacío en materia de seguridad que no tardaron en aprovechar los reyes del crimen locales. Uno de ellos, apodado Mishka Yaponchik, en el que Isaak Bábel se inspiró para el gánster judío Benya Krik en *Cuentos de Odesa*, de 1921, se hizo con el control de las calles con una banda formada supuestamente por 20.000 bandidos, proxenetas y prostitutas, y, como un moderno Robin Hood, procedió a aterrorizar a los ricos.

Odesa también se diferenciaba de las dos ciudades del norte en otros aspectos. Era cordial, hedonista, cosmopolita y abierta al oeste. Acogía a un gran número de judíos, una tercera parte de sus 500.000 habitantes según cifras oficiales y más de la mitad según datos no oficiales. Y sus conocimientos y vigilancia de las enfermedades infecciosas eran más avanzados. Este puerto del mar Negro, conocido como la «Marsella rusa», había sido durante siglos una escala en la ruta por la que se transportaban las sedas y especias de oriente hacia el oeste, hasta Constantinopla y más allá. Siempre había sido vulnerable a los patógenos que llegaban por mar y se había aplicado un sistema de cuarentena prácticamente desde que Catalina la Grande le otorgó el título de ciudad en 1794. Sin embargo, la cuarentena rara vez había impedido del todo la llegada de la enfermedad, como atestiguaban los muchos cementerios de la peste que había en la ciudad. El más visible de ellos, un cementerio de la peste en un monte llamado Chumka, todavía se encuentra en las afueras de la ciudad.

Así pues, no es de extrañar que Iliá Méchnikov eligiera en

1886 Odesa como sede del primer centro para el control de enfermedades de Rusia, el Instituto Bacteriológico de Odesa. Se creó a raíz del desarrollo por Pasteur, junto con Émile Roux, de una vacuna contra la rabia y su misión consistía en producir y perfeccionar toda clase de vacunas. En sus primeros seis meses de existencia, vacunó a 326 individuos de Rusia, Rumania y Turquía a los que habían mordido animales rabiosos. Sin embargo, Méchnikov no tardó en pelearse con sus colegas rusos. A diferencia de estos, era un científico experimental, no un médico, y tenía problemas para imponer su autoridad. Cuando dos años más tarde se trasladó a París, desolado por tener que abandonar su amada Rusia, dejó el instituto en manos de su competente ayudante (y médico cualificado), Yákov Bardakh.

Bajo la dirección de Bardakh, el centro llevó a cabo importantes investigaciones sobre el ántrax, la fiebre tifoidea, el cólera, la malaria y la tuberculosis. Cuando introdujo la inspección del agua potable y los análisis revelaron bacterias de la fiebre tifoidea, el personal sanitario responsable del abastecimiento de agua de la ciudad arremetió contra él y se negó a creer que la enfermedad se transmitiera por el agua. Posteriormente se reconoció que tenía razón, pero cuando los pobres empezaron a formar colas fuera del instituto para recibir tratamiento, ya fue demasiado. Durante mucho tiempo se había considerado a Odesa un foco de disidencia revolucionaria y las autoridades pusieron al instituto bajo vigilancia policial.

Tal vez por culpa de aquellas colas de necesitados, porque había experimentado con enfermedades mortales o quizás porque era judío, Bardakh fue destituido en 1891. La legislación rusa prohibía a los judíos dirigir determinadas instituciones y unas cuotas estrictas establecían cuántos podían acceder a la educación y el empleo. Algunos judíos adoptaron apellidos rusos para eludir estas restricciones,

pero Bardakh no lo hizo. «Soy judío», escribió con orgullo en todos los documentos oficiales que obligaban a declarar el origen étnico. Méchnikov lamentó su marcha: «La ciencia ha perdido a un trabajador con talento». Sin embargo, cuando Pasteur le ofreció a Bardakh un puesto en París, lo rechazó y prefirió quedarse y servir a su país.[7]

La dirección del instituto pasó a manos de uno de sus alumnos, Stefansky, y Bardakh se dedicó a la práctica privada. No obstante, las autoridades no pudieron impedir que su reputación aumentara. Recibía a los pacientes en el Hospital Judío de la ciudad y en su propia casa. Aunque sus orígenes eran humildes (era hijo de un maestro y erudito judío), su esposa Henrietta era hija de un banquero y recibían un flujo constante de visitas en el gran comedor revestido de roble de su casa de la calle León Tólstoi, donde Henrietta servía el té de un samovar. Llegaban tantas personas a la estación de tren de Odesa preguntando por Bardakh, que todos los conductores de carruajes sabían su dirección de memoria. Dio clases de bacteriología en la universidad de la ciudad, los primeros cursos que se impartieron en Rusia, e inició en Odesa la tradición de impartir conferencias públicas sobre ciencia. Congregaba a un numeroso público que acudía a oírle hablar sobre los orígenes de la peste y los descubrimientos de Pasteur, y con frecuencia mantenía a los asistentes pegados a sus asientos hasta la medianoche. En 1918, Bardakh era el médico más famoso del sur de Rusia y su nombre también se mencionaba con respeto en capitales situadas más al oeste.

Tras un aumento de los casos de *ispanka* en mayo, el número se redujo en junio y julio. El lema de los odesanos ese verano era *Carpe diem* y el universo parecía conspirar con ellos para ayudarlos a olvidar sus problemas. En junio, un oficial austriaco que se encontraba en la ciudad ocupada hizo comentarios sobre su vivacidad, despreocupación y

entusiasmo, y ese mismo mes llegó a la ciudad Vera Jolodnaya. La actriz de 24 años era la reina indiscutible de las pantallas rusas, tan famosa por sus hipnóticos ojos grises como por sus papeles de mujeres hermosas traicionadas. Había llegado como parte del éxodo masivo de artistas desde Moscú y Petrogrado, donde el caos político y económico estaba paralizando la industria cinematográfica. Fue recibida por una multitud de admiradores, sobre los que posó su hipnótica mirada durante todo el mes de agosto, cuando los cines proyectaron su última película, *La mujer que inventó el amor*. Los rumores sobre la presunta participación de la estrella en actividades clandestinas fueron otra maravillosa distracción. Según el escritor Konstantín Paustovski, en Kiev se decía que «había reclutado su propio ejército como Juana de Arco y que, montada en un corcel blanco y al frente de sus tropas victoriosas, había entrado en la ciudad de Priluki y se había proclamado emperatriz de Ucrania».[8]

La ilusoria sensación de glamur y romanticismo se hizo añicos el 31 de agosto, cuando se produjo una serie de potentes explosiones en un depósito de municiones situado en el barrio pobre de Bugaevka. Las explosiones, supuestamente obra de los rusos blancos, que querían impedir una entrega prevista de proyectiles de artillería a los alemanes y los austriacos, destruyeron la mayoría de los edificios en una franja de siete kilómetros que incluía graneros, una azucarera y centenares de viviendas. Reuters informó de que el número de víctimas era «limitado», pero miles de personas se quedaron sin comida ni refugio, expuestas a los elementos, y, en los primeros días de septiembre, empezaron a llegar casos de *ispanka* al Hospital Judío, que acabó desbordado.

Para entonces, la ciudad también se enfrentaba, además de a la *ispanka*, al cólera, que había llegado en un buque de transporte militar austriaco en agosto, y a una epidemia de

tifus en todo el país. Los ocupantes alemanes y austriacos no estaban más interesados en abordar los problemas sanitarios de la ciudad que en luchar contra la delincuencia. Su único objetivo era requisar los suministros de cereales de la región, enviárselos a sus hambrientos compatriotas y garantizar un mínimo de seguridad para lograr ese cometido. Como consecuencia de ello, la ciudad, que tenía tanta práctica en la imposición de cuarentenas y que había hecho un seguimiento de la gripe desde mayo, no disponía de una estrategia para contenerla. Los cafés y los teatros seguían abiertos, el público los llenaba para tratar de olvidar o buscar al menos una distracción temporal, y los gánsteres de Yaponchik asaltaban sus viviendas mientras estaban fuera o incluso con ellos dentro.

Bardakh hizo cuanto pudo. Presidió una concurrida reunión de la Sociedad de Médicos de Odesa en la que dijo a los asistentes que sus esfuerzos individuales para combatir la gripe entre los pobres y la clase trabajadora eran poco útiles si no se adoptaba un programa de contención en toda la ciudad. Al igual que Copeland en Nueva York, explicó que el cierre de las escuelas solo era aconsejable si había pruebas que demostraran que los niños estaban contrayendo la enfermedad en el colegio y no en casa, y señaló que se había malinterpretado la expresión «contagio a través del aire». Sabía que en los barrios más pobres de la ciudad, las casas eran oscuras, húmedas y vivían hacinados, un paraíso para los gérmenes, y que incluso las personas acomodadas e instruidas desconfiaban del aire puro. Dijo a los médicos allí congregados que se debía insistir una y otra vez en que, aunque había que evitar a las personas que tosían, el aire puro era vital para preservar la salud.

Como en la ciudad no se habían prohibido las reuniones públicas, parece que Bardakh decidió que podía continuar con su programa de educación pública, tal vez con el

objetivo de estimular una respuesta «de abajo arriba» contra la epidemia. Ese otoño, él y otros eminentes médicos hablaron en cines, teatros, sinagogas, el famoso mercado de Pryvoz e incluso en el teatro de la ópera de la ciudad durante un intermedio de *Fausto*. Aseguró a sus oyentes que la *ispanka* no era una plaga nueva y aterradora, como muchos temían, sino un tipo virulento de gripe y que era posible protegerse contra ella, sobre todo ventilando las casas. Algunos no quisieron escuchar estas explicaciones tan racionales y, el 1 de octubre, Odesa fue testigo de una boda negra.

Un *shvartze khasene*, en yidis, es un antiguo ritual judío para protegerse de las epidemias mortales y consiste en casar a una pareja en un cementerio. De acuerdo con la tradición, se debe elegir a la novia y al novio entre los más desfavorecidos de la sociedad, «entre los tullidos más espantosos, los indigentes más degradados y los inútiles más lamentables que hubiera en el distrito», según explicaba Mendele Mocher Sforim, un escritor odesano del siglo XIX, al describir en la ficción una de estas bodas.

Tras una oleada de bodas negras en Kiev y en otras ciudades, un grupo de comerciantes de Odesa se reunió en septiembre, mientras arreciaban las epidemias de cólera e *ispanka*, y decidió organizar la suya. Algunos miembros de la comunidad judía desaprobaban rotundamente lo que consideraban una práctica pagana e incluso blasfema, pero el rabino de la ciudad dio el visto bueno y también el alcalde, quien consideró que no constituía una amenaza para el orden público. Enviaron exploradores a los cementerios judíos para buscar a dos candidatos entre los mendigos que los frecuentaban y eligieron a un novio y a una novia debidamente pintorescos y desaliñados. Una vez que estos accedieron a casarse en su «lugar de trabajo», los comerciantes comenzaron a recaudar fondos para sufragar la

celebración.

Miles de personas se congregaron para presenciar la ceremonia, que se celebró a las tres de la tarde en el primer cementerio judío. A continuación, el cortejo se dirigió hacia el centro de la ciudad acompañado por músicos. Cuando llegó al salón donde se iba a celebrar el banquete, había tal cantidad de gente presionando para poder ver a los recién casados, que estos no pudieron bajar del carruaje. Finalmente, la multitud retrocedió y la pareja pudo entrar en el salón, donde se celebraron las nupcias con un banquete y colmaron de regalos caros a los recién casados.[9]

En 1910, se había descrito al Hospital Judío como el hospital más rico de la periferia de Rusia; para entonces, los periódicos locales publicaban anuncios pidiendo donativos para mantenerlo a flote. Entretanto, en el hospital infantil, el hacinamiento también provocaba tragedias. «¿Es culpable la enfermera?», preguntaba un titular del *Odesskiy listok* (*La hoja de Odesa*), uno de los principales diarios de la ciudad. Un niño con fiebre había muerto tras caerse del balcón de la segundo planta y se culpó a una enfermera. El autor del artículo se sentía inclinado a exculparla: en el hospital había setenta y cinco niños enfermos ingresados en dos plantas y solo dos enfermeras para cuidar de ellos. Las enfermeras trabajaban sin cesar. Era imposible que pudieran vigilar a todos los niños en todo momento.

Stefansky hizo un seguimiento de la epidemia durante todo el otoño. Aunque la mayoría de las personas pasaron la enfermedad en casa, estimó, basándose en las hospitalizaciones, que la oleada de otoño había alcanzado su punto álgido en la ciudad a finales de septiembre. El 8 de octubre Bardakh anunció que el pico de la epidemia ya había pasado, lo que permitió a los organizadores de la boda negra afirmar que sus esfuerzos habían merecido la pena. También predijo que el cólera se iba a extinguir con la llegada del frío

y que la gripe española solo iba a durar un poco más. Acertó en ambos casos. Cuando en la segunda semana de octubre los odesanos se enteraron por los periódicos de que David Lloyd George, el primer ministro británico, había enfermado de *ispanka*, algunos propusieron organizar una boda negra para él. Un rabino local respondió que no tenía ningún sentido, ya que el ritual solo funcionaba *in situ*, no a distancia.

En noviembre se firmó el armisticio y los alemanes y los austriacos abandonaron la ciudad. Las fuerzas nacionalistas ucranianas tomaron el poder en Kiev, aunque diferentes facciones se disputaron el control de Odesa durante varias semanas y los gánsteres de Yaponchik siguieron aprovechando el vacío de poder. El suministro de electricidad era intermitente, ya no circulaban los tranvías y había escasez de combustible, pero los hospitales siguieron funcionando pese a la hemorragia de personal. Los médicos creían que la *ispanka* ya había pasado. El 22 de noviembre, Bardakh dijo ante la Sociedad de Médicos de Odesa que había sido peor que la epidemia de los años noventa del siglo XIX, la llamada gripe «rusa». Añadió que la variedad española se había distinguido por la abundancia de complicaciones nerviosas y respiratorias que la habían acompañado. En diciembre llegaron los franceses y, con la ayuda de las fuerzas rusas blancas, expulsaron de Odesa a las tropas ucranianas. La ciudad estaba tan llena de refugiados que parecía un «autobús abarrotado» y, como las líneas internas de abastecimiento estaban cortadas, los precios de los alimentos se dispararon.[10] Se abrieron comedores de beneficencia para los pobres. El sionista Pinhas Rutenberg, que pasó por Odesa a principios de 1919, lo recordaba como un momento de «carestía, hambre, frío, oscuridad, pestilencia, sobornos, atracos, redadas y asesinatos en desquiciado aumento».[11]

Los odesanos, a pesar de la sensación de inminente fatalidad, o quizá debido a ella, siguieron persiguiendo el placer y, en medio de todas las matanzas y juergas, regresó la gripe española. A principios de febrero, Vera Jolodnaya prestó su imagen de estrella para un acto benéfico en el Club Literario y Artístico, cuyo propósito era recaudar fondos para los artistas sin trabajo.[12] Interpretó con el coprotagonista, Ossip Runitsch, un fragmento de su película *El último tango*. Hacía frío en el club y el público se arrebujaba dentro de sus pieles, pero ella solo llevaba puesto un ligero vestido de noche. Cuando regresaba al hotel después del espectáculo, el caballo que tiraba de su carruaje tropezó y tuvo que realizar a pie el resto del trayecto. Al día siguiente estaba enferma. Ninguno de los ilustres médicos que acudieron a visitarla pudo salvarla y murió ocho días después de su última actuación. Sus familiares pidieron que la embalsamaran para poder trasladar el cadáver a su ciudad natal de Moscú cuando se restaurara el antiguo orden, lo que creían que sucedería. El patólogo del depósito de cadáveres del Hospital de la Ciudad Vieja, M. M. Tizengausen, hizo los honores y anotó en el certificado de defunción que la causa de la muerte había sido la *ispanka*.

El 18 de febrero, dos días después de la muerte de Jolodnaya, se celebró en la catedral de la ciudad el tradicional oficio ortodoxo para rezar por los difuntos. La multitud era enorme y había varios judíos. Hubo un forcejeo: ni el sacerdote que presidía la ceremonia ni algunos miembros del círculo de la actriz querían que estuvieran allí. Sin embargo, estos se negaron a marcharse: querían presentar sus respetos a la hermosa estrella que también los había deleitado. Un sacerdote de rango superior resolvió el asunto ordenando proseguir con el oficio y que se permitiera quedarse a los judíos.

Al día siguiente se celebró el funeral, también en la

catedral, y fue filmado, lo que era lógico tratándose de la capital provisional de la industria cinematográfica rusa. Un periodista que estuvo presente escribió más tarde que se había sentido como si estuviera en el rodaje de una película protagonizada por la reina de las pantallas. Recordaba la última película que había visto de ella y cómo el público había irrumpido en aplausos al verla aparecer en la pantalla por primera vez. La catedral se volvió a llenar y la multitud se agolpó a lo largo del recorrido hasta el primer cementerio cristiano, donde se depositó el cadáver de Jolodnaya en la cripta de la iglesia del cementerio, a la espera de su traslado a Moscú. Varios admiradores transportaron el féretro abierto en el que la actriz yacía con el vestido que había lucido en una de sus películas más populares, una tragedia romántica titulada *U Kamina* (*Junto al fuego*).

Los restos de Jolodnaya nunca llegaron a Moscú y, en cierto momento, desaparecieron. La explicación más probable es que aún seguían en la iglesia del primer cementerio cristiano cuando esta fue demolida y asfaltaron el lugar en los años treinta. Pero la misteriosa desaparición alimentó las muchas teorías conspirativas que rodearon su muerte y aún siguen haciéndolo hoy en día. Según una de estas teorías, se envenenó con unos lirios blancos, su flor favorita, que le llevó un diplomático francés que sospechaba que ella era una espía de los rojos. A los pocos días del funeral, se proyectó la película filmada durante el mismo en los cines que habían exhibido *La mujer que inventó el amor* el verano anterior, y Paustovsky escribió que los bandidos de Yaponchik, ahítos de saquear, abarrotaron los clubes nocturnos de Odesa «cantando la conmovedora balada de la muerte de Vera Jolodnaya».

Terminadas la guerra y las epidemias, el infatigable Bardakh convirtió su casa en la sede local de una campaña nacional para erradicar la fiebre tifoidea y el cólera.

Prosiguió con sus trabajos de investigación pese a las continuas carencias, adaptándose como siempre a las circunstancias. «El invierno de 1921-1922 fue duro Odesa y en los laboratorios no había calefacción. Como consecuencia de ello, solo era posible estudiar las bacterias que se podían desarrollar a temperaturas muy bajas», escribió.[13] Bajo su dirección, la Universidad Novorossiya de la ciudad se convirtió en uno de los principales centros de bacteriología de la Unión Soviética.

Tras su muerte en 1929, fue enterrado en el segundo cementerio judío de Odesa, «entre los Ashkenazí, los Gessen y los Efrussi, avaros refinados y vividores filosóficos, forjadores de riqueza y de chascarrillos en Odesa», según la descripción de Babel. El cementerio fue demolido en los años setenta y sus ocupantes quedaron relegados al olvido. Solo unos pocos se salvaron, después de que sus familias protestaran, y fueron trasladados al segundo cementerio cristiano. Entre ellos figuraba Bardakh, cuya tumba se encuentra ahora junto a la de otro prominente judío odesano en medio de un mar de cruces ortodoxas. El otro judío era Mendele Mocher Sforim, el escritor que, en *Historias de Mendele, el vendedor de libros*, había descrito una boda negra celebrada con el convencimiento de que con «el sí dado entre las tumbas de los difuntos de la parroquia, por fin cesaría el contagio».

10
Buenos samaritanos

La mejor oportunidad de sobrevivir era ser absolutamente egoísta. Si suponemos que se disponía de un lugar al que llamar hogar, la estrategia óptima era quedarse allí (sin emparedarse), no abrir la puerta (sobre todo a los médicos), vigilar celosamente las provisiones de alimentos y agua, e ignorar todas las peticiones de ayuda. Esto no solo aumentaba las probabilidades de seguir con vida, sino que, si todo el mundo lo hacía, la densidad de individuos susceptibles no tardaba en situarse por debajo del umbral necesario para que la epidemia se mantuviera y se acababa extinguiendo por sí sola. Sin embargo, por lo general, nadie lo hizo. Las personas mantuvieron contacto entre ellas, mostrando lo que los psicólogos denominan «resiliencia colectiva».[1]

«No puedo negar que en aquel terrible momento se cometieron muchos robos y malas acciones», escribió Daniel Defoe en 1722 sobre el brote de peste de 1665 en Londres. Sin embargo, a continuación describía cómo «los habitantes de las aldeas vecinas les llevaban por lástima alimentos y los depositaban a cierta distancia para que pudieran ir a buscarlos si eran capaces».[2] Un comportamiento similar se observó durante la gripe española. Hubo, sin duda, ejemplos de comportamiento antisocial. Por ejemplo, el comandante Wells, un agente de policía del sudoeste de Tanzania, informó de un aumento de la delincuencia y de los robos de ganado, que atribuyó a la pandemia, y existen innumerables denuncias de especulación cuando escasearon los alimentos, los medicamentos o los ataúdes.[3] Pero, en general, fueron

excepciones que confirmaron la regla.

Puede que el descubrimiento de que la mayoría de las personas se comporta «bien» durante una crisis nos reconforte, pero revela una irracionalidad fundamental en la manera de concebir las epidemias. Cuando el escritor y pacifista francés Romain Rolland, un hombre que había ganado el premio Nobel de literatura en 1915, contrajo los síntomas de la gripe española mientras vivía en un hotel del lago Lemán, el personal del hotel se negó a entrar en su habitación. De no haber sido por las abnegadas atenciones de su anciana madre, que estaba de visita, quizá no habría sobrevivido. Nos sentimos tentados a reprobar al personal del hotel por su actitud insensible, pero lo cierto es que sus actos probablemente contuvieron la propagación de la enfermedad e incluso salvaron vidas. Sin darse cuenta, impusieron un cordón sanitario muy pequeño y muy localizado en torno al desdichado Rolland.

Los médicos nos dicen que, durante un brote, nos mantengamos alejados de los individuos infectados, pero hacemos lo contrario. ¿Por qué? Uno de los factores podría ser el temor al castigo divino, sobre todo en épocas anteriores. Las tres grandes religiones monoteístas, el islam, el judaísmo y el cristianismo, recalcan la importancia de la familia, la caridad y el respeto a los demás. Otro factor podría ser el miedo al ostracismo social después de que la enfermedad haya pasado. O tal vez es simple inercia: en circunstancias normales o incluso en el marco de un tipo de catástrofe diferente, como por ejemplo un terremoto, la respuesta más adecuada podría ser ayudar a los demás. Es el contagio el que invierte esta lógica, pero somos demasiado lentos, o quizá estamos demasiado aturdidos, como para solucionarlo. Sin embargo, los psicólogos sugieren una explicación aún más interesante. Creen que la resiliencia colectiva surge de la manera en la que las personas se ven a

sí mismas en situaciones de vida o muerte: ya no se identifican como individuos, sino como miembros de un grupo, un grupo que se define porque sus miembros son víctimas de una catástrofe. Según esta teoría, ayudar a los demás dentro de dicho grupo sigue siendo una forma de egoísmo, un egoísmo basado en una definición más amplia del yo. Se trata de la idea de que estamos todos en el mismo barco. Y no importa si la catástrofe es un terremoto o una pandemia de gripe, solo que en un caso la respuesta es racional y en el otro, no.

Pensemos, por ejemplo, en los profesionales de la salud. Estas personas están en primera línea en cualquier epidemia y a los gobiernos suele preocuparles que abandonen sus puestos tan pronto como vean que sus propias vidas corren peligro y que renieguen de su «deber de tratar».[4] La gripe española mostró lo contrario: la mayoría de los médicos siguieron trabajando hasta que sus fuerzas se lo permitieron o hasta que supusieron un riesgo para sus pacientes. «Entonces nos golpeó la gripe. Los médicos hacíamos hasta sesenta visitas al día. Varios de nosotros perdimos el conocimiento, uno de los más jóvenes murió, otros se contagiaron y no teníamos nada que fuera eficaz para controlar ese potente veneno que se estaba propagando por el mundo», escribió el poeta y médico William Carlos Williams, en Rutherford, Nueva Jersey.[5]

«Estamos todos en el mismo barco, zarandeados por mares pestilentes, angustiados y frustrados. Más de un médico manifestó su intención de cometer algún delito leve con el objeto de que le encerraran durante la epidemia. Huelga decir que la idea nunca se puso en práctica», escribió Maurice Jacobs, un médico de Hull, Inglaterra.[6] En Japón, los voluntarios del Colegio de Médicos de Tokio administraron vacunas gratis por la noche a los pobres y los *burakumin* (marginados), mientras que en Baden, Alemania,

la Iglesia católica creó un programa para formar a las jóvenes como enfermeras. Al parecer, estas mujeres, que debían realizar visitas a domicilio, asumieron sus obligaciones con mucho entusiasmo, ya que en 1920 un médico alemán anónimo se quejó de que las enfermeras católicas, con su excesivo celo, se extralimitaban en sus competencias y eran un incordio para los médicos rurales.

Cuando no había médicos, el relevo lo tomaban los misioneros, las monjas y otros representantes religiosos, y cuando estos no estaban disponibles, intervenían personas corrientes, incluso si, como era normal, existían entre ellas profundas diferencias sociales. Una de las personas que escribió a Richard Collier, un sudafricano blanco, le contó que la madre de una familia «de color» que vivía al lado había salvado la vida de su hermana en una zona rural del Cabo Occidental. Cuando ambos progenitores enfermaron, esta mujer, que estaba amamantando a su propio hijo, se llevó al bebé y le alimentó hasta que se recuperaron.

Una vez más, hubo excepciones, pero es interesante saber cuáles fueron. «Los barrenderos del hospital desertaron y se negaron a acercarse a "la plaga del hombre blanco", como la llamaban», escribió un soldado británico sobre su experiencia mientras se recuperaba de la gripe española en la India. Si los barrenderos habían trabajado en un hospital durante más de cuatro años, es probable que tuvieran recuerdos de la respuesta británica al brote de peste que mató a ocho millones de indios entre 1896 y 1914. Sabían que no podían esperar ninguna solidaridad de los británicos. Asimismo, es probable que los presos contratados para cavar tumbas en Río de Janeiro, quienes, de ser ciertos los rumores, cometieron toda clase de delitos abominables en presencia de los cadáveres, creyeran que no tenían nada que perder.

Según la teoría de la resiliencia colectiva, en algún

momento la identidad del grupo se rompe y las personas vuelven a identificarse como individuos. Tal vez sea en este punto, una vez que ya ha pasado lo peor y la vida está volviendo a la normalidad, cuando hay más probabilidades de que aflore el verdadero «mal». La Cruz Roja suiza, que se había congratulado por el aumento del número de mujeres no cualificadas que se habían ofrecido como enfermeras voluntarias, lamentó el hecho de que algunas lo hubieran hecho, aparentemente, por razones «moralmente dudosas». Denunciaba que estas impostoras a menudo se aferraban a sus nuevos papeles incluso después de que la epidemia hubiera terminado: «Se presentaban a sí mismas como enfermeras con experiencia, vestían diferentes uniformes y a veces presentaban certificados médicos falsos para engañar a la población y al cuerpo médico».[7]

En 1919, el Carnaval de Río eligió el tema del castigo divino y asistió más gente nunca. La gripe no había desaparecido del todo de la ciudad y la muerte seguía estando muy presente. Las canciones del carnaval dejaron constancia del trauma a perpetuidad y algunos de los *blocos*, o comparsas, se pusieron nombres relacionados con la gripe: «La comparsa de la Santa Casa», «La comparsa del té de medianoche». El sábado de Carnaval se produjo un cambio en los juerguistas, tal vez un deseo de catarsis. Los periódicos documentaron la «excepcional alegría» que se apoderó de la ciudad. «Hicimos una fiesta», escribió un cronista con un gracioso comedimiento; «la juerga fue total», reseñó otro. «Comenzó el carnaval y, de la noche a la mañana, las costumbres y la modestia se volvieron anticuadas, obsoletas, espectrales [...]. La gente empezó a hacer cosas, a pensar cosas, a sentir cosas inauditas e incluso demoniacas.»[8]

Puede que ocurriera algo similar después de la peste negra del siglo XIV «y no solo las personas libres, sino también las

que están recluidas en monasterios, persuadiéndose de que les conviene aquello que practican otros no desdicen, rotas las leyes de la obediencia, se entregan a los deleites carnales, creyendo de esta guisa salvarse, y se tornan lascivas y disolutas», escribió Giovanni Boccaccio en *El Decamerón* sobre ese interludio en Florencia.

En Río, en medio de ese ambiente tan inusual, los límites se desdibujaron. Hay referencias a numerosos *defloramentos* (desfloramientos), que, a su vez, se tradujeron en el nacimiento de un grupo de niños apodados «hijos de la gripe». Este tipo de informaciones son difíciles de confirmar, pero la historiadora Sueann Caulfield ha examinado los archivos y ha descubierto que, en el periodo inmediatamente posterior a la epidemia, se produjo en Río un aumento de las denuncias de violaciones, hasta el punto de que superaron temporalmente a otros tipos de delitos.[9] Algunos vieron en esta oleada de obscenidad una venganza de los muertos no amados; otros, una escandalosa reafirmación de una fuerza vital inextinguible. Fuera lo que fuese, puso el punto final: la pandemia había terminado. La humanidad se había adentrado en el mundo posterior a la gripe.

Lobos al acecho

Quizás el mejor ejemplo de lo «mejor» y lo «peor» del comportamiento humano lo encontramos en la bahía de Bristol, en Alaska. Cuando la gripe española se propagó por Alaska en el otoño de 1918, dos grupos de esquimales se libraron: los que vivían en las islas más alejadas del archipiélago de las Aleutianas, el punto más occidental al que se puede ir en América del Norte sin mojarse los pies, y los yupik de la bahía de Bristol. Los aleutas tenían un cordón sanitario natural en el océano Pacifico, pero la bahía de

Bristol, el brazo más oriental del mar de Bering, era remota por una razón diferente. Limita con la península de Alaska al sur, con varias cordilleras montañosas al norte y el interior es una tundra inundada, por lo que el acceso no es fácil en la actualidad y aún lo era menos cuando los barcos de vapor y los trineos tirados por perros eran los únicos medios de transporte. En el invierno, el mar de Bering tiende a congelarse, bloqueando por completo la ruta marítima. Pero cuando en la primavera de 1919 el hielo marino se empezó a romper y arribaron los primeros barcos pesqueros de la temporada, la gripe llegó con ellos.

«El entorno es realmente ártico. No hay vegetación excepto las hierbas y musgos de la vasta llanura palustre que se extiende sin límites a cada lado», escribió Katherine Miller, una enfermera formada en Seattle que vio la bahía de Bristol por primera vez esa primavera.[10] Un sacerdote que había explorado la costa de Alaska dos inviernos antes solo se mostró un poco más generoso: «En general, la región atravesada es tan monótona y yerma como supongo que se puede encontrar en la Tierra, y maldecida con un clima duro; sin embargo, no está exenta de paisajes de gran belleza e incluso sublimes, y su aspecto invernal posee a menudo un encanto casi indescriptible; una luz radiante, un delicado brillo celeste y rosáceo, que convierte el hielo irregular y la nieve azotada por el viento en mármol, alabastro y cristal».[11]

En realidad, la bahía de Bristol es subártica, no ártica. Los veranos pueden ser cálidos, aunque breves, pero en invierno la temperatura llega a descender hasta los cuarenta grados bajo cero. Puede que a los sureños la región les resulte inhóspita, pero posee abundantes recursos naturales. Los ríos que desembocan en la bahía de Bristol son las mayores zonas de desove del salmón rojo en todo el planeta, como intuyó el capitán Cook cuando pasó por allí en 1778 durante

su infructuosa búsqueda del Paso de Noroeste. Al ver la desembocadura de un río, imaginó que «debe de abundar el salmón, ya que vimos a muchos saltando al mar antes de la entrada; y encontramos algunos en el estómago del bacalao que habíamos pescado».[12] La tierra, entretanto, era el hábitat de osos, alces y caribús. Los yupik eran menos nómadas que otros alaskeños (tenían casi todo lo que necesitaban a mano) y por esa razón, junto con su aislamiento, no mantuvieron contacto con el exterior hasta relativamente tarde.

Durante milenios sus vidas se habían regido por las estaciones. Cuando caía la primera nevada en octubre, se congregaban en sus poblados hasta que terminaba el invierno y vivían de las existencias almacenadas durante los meses más cálidos. En primavera se dispersaban en pequeños grupos familiares para cazar o colocar trampas, y vivían en refugios temporales que construían con maleza o lonas. En junio regresaban a sus poblados para la pesca del salmón. Los hombres volvían a marcharse en agosto para cazar hasta que llegara la nieve.

Sus poblados estaban compuestos de *barabaras*, viviendas con una estructura de madera cubierta de turba, con dos terceras partes de las mismas bajo tierra. Las mujeres y los niños vivían en *barabaras* más pequeñas alrededor de una más grande situada en el centro y llamada *qasgiq*. El *qasgiq* era un dominio masculino, el lugar donde dormían los hombres solteros, pero en invierno se convertía muchas veces en un espacio comunal en el que, como escribió la antropóloga Margaret Lantis en 1950, pasaban los días y las noches de oscuridad «deleitando a los espíritus de los animales con banquetes, bailes y máscaras».[13] Los yupik habitaban un mundo poblado por espíritus, tanto humanos como animales. Como explicaba un anciano, «cuando los yupik salían a la tundra o lanzaban sus kayaks al río o al

mar de Bering, entraban en el reino espiritual».[14]

Los primeros en inmiscuirse en este mundo fueron los rusos. En 1818 establecieron un puesto de comercio de pieles en Alexandrovski Redoubt, en la desembocadura del río Nushagak, que vierte sus aguas en un brazo de la bahía de Bristol, donde se encuentra en la actualidad la ciudad de Dillingham. En 1867, Estados Unidos compró Alaska a Rusia y, en solo unas décadas, la industria pesquera comercial había despegado en la bahía bajo los auspicios de la Alaska Packers' Association (APA), con sede en San Francisco. Los rusos llevaron la religión ortodoxa, los estadounidenses la protestante, y ambos las enfermedades, una serie de devastadoras epidemias que culminaron, en 1900, en la más mortífera de todas: una doble epidemia de gripe y sarampión, conocida por los habitantes de Alaska como la Gran Enfermedad, que mató a entre una cuarta parte y la mitad de los esquimales de Alaska occidental.

En 1919, los yupik estaban experimentando una transición. Aún vivían principalmente de la caza y la pesca, y recurrían a los chamanes para que interpretaran el mundo de los espíritus, sobre todo cuando enfermaban, pero por entonces muchos vivían en casas modernas, vestían ropas compradas en tiendas y, en la zona de Nushagak, profesaban la fe ortodoxa. En el verano de 1918, la migración del salmón se frustró debido a la sobrepesca, según la opinión del guarda local de la Oficina de Pesca, por lo que los yupik tuvieron pocas provisiones durante el invierno siguiente y estaban más hambrientos de lo normal cuando llegó la primavera.

La gripe entró en Alaska por la isla de Unalaska, una de las islas más cercanas al continente del archipiélago de la Aleutianas, que forma la cola de la península de Alaska, de ahí que fuera una escala natural para los barcos que se dirigían al norte. La historia de cómo se propagó desde allí,

de norte a este, hasta la bahía de Bristol, es legendaria. Un sacerdote ruso, el padre Dimitri Hotovitzky, conocido por su congregación como el padre Hot Whiskey (Whisky Caliente), viajó desde Unalaska hasta la bahía para encargarse de las celebraciones de la Pascua ortodoxa y se afirma que quienes asistieron a los oficios regresaron a casa enfermos.[15] Es posible que él contagiara a la población de la bahía, pero poco probable. El periodo de incubación de la gripe, durante el que una persona puede estar infectada pero no muestra síntomas, es de entre uno y cuatro días. La Pascua ortodoxa cayó el 20 de abril de 1919, coincidiendo como ocurre a veces con la Pascua «occidental». Los primeros casos en la bahía de Bristol se notificaron en torno al 12 de mayo, tres semanas más tarde. Aún en el supuesto de que no se hubieran notificado algunos casos anteriores, tres semanas es un periodo de incubación excesivamente largo. Es más probable que alguien que siguiera los pasos de Hot Whiskey llevara el virus.

Aunque Alaska era un territorio estadounidense en 1919, todavía no era un estado de pleno derecho. Por tanto, el gobernador territorial, Thomas Riggs, no tenia voto en el Congreso y su voz quedaba ahogada por las de los representantes de los cuarenta y ocho estados que había en ese momento. Riggs había conseguido convencer al gobierno para que proveyera fondos y poder imponer una cuarentena en todo el territorio durante la oleada del otoño de 1918, pero la habían levantado en marzo, y cuando la enfermedad reapareció al cabo de unos meses, su nueva petición cayó en oídos sordos. En los cuarenta y ocho estados, esta tercera oleada fue relativamente leve. La responsabilidad de gestionar la nueva epidemia en Alaska recayó en los médicos empleados por la APA en las conserveras de salmón de la bahía y los del hospital público de Dillingham.

Este hospital estaba dirigido por un médico que se

llamaba Linus Hiram French. Conocía y amaba esa parte de Alaska tras haber trabajado allí con anterioridad como médico de las conserveras. Tras tomar posesión de su cargo público en 1911, partió a reconocer su vasta zona de cobertura, viajando durante los meses de invierno en trineos tirados por perros o renos, o a pie con raquetas de nieve. A su regreso en el verano de 1912, informó a sus jefes del gobierno de que las viviendas que había visitado eran en su mayoría cálidas, húmedas y oscuras, «ya que los nativos mantienen el aire caliente para evitar cortar madera», y que los perros y los humanos vivían en el mismo espacio. La tuberculosis y la sífilis eran comunes, al igual que el tracoma, una enfermedad ocular. Trató a algunos de los enfermos, envió a otros al hospital y dio instrucciones sobre cómo prevenir las enfermedades que eran evitables. Se sorprendió al descubrir que muchas de las personas con las que se encontró todavía creían que Alaska era rusa: «En todas las casas hay colgadas imágenes de sacerdotes rusos o del zar, y todos se rigen por el calendario ruso».[16]

En cuanto se declaró la gripe, French impuso una cuarentena en la región. Los yupik que aún no habían regresado a sus poblados para el comienzo de la temporada de pesca se quedaron aislados, y si habían pasado por zonas infectadas, eran recluidos en «cabañas de detención» durante diez días y tenían que correr con sus propios gastos. Los médicos de la APA también impusieron zonas de cuarentena alrededor de algunos poblados y suministraron a los afectados alimentos, combustible y medicinas. Pese a estas medidas, el hospital de Dillingham en seguida estuvo funcionando a plena capacidad, al igual que los hospitales improvisados que habían organizado los médicos de la APA instalando tiendas sobre plataformas de madera. A finales de mayo, cuando la epidemia alcanzó su punto álgido, tanto French como las dos enfermeras que le ayudaban

enfermaron, y French envió un telegrama al capitán de un buque del Servicio de Guardacostas estadounidense, el *Unalga*, solicitando ayuda urgente.

El *Unalga* había zarpado de San Francisco hacía más de un mes en una de sus misiones rutinarias para patrullar la costa y, casualmente, para transportar pasajeros, correo y mercancías entre diferentes escalas de su ruta. El capitán del barco, Frederick Dodge, conocía bien Alaska, pero era la primera travesía en esas aguas para el nuevo cocinero y oficial de guardia del *Unalga*, cuyo desafortunado nombre era Eugene Coffin. Más tarde escribió en su diario que el capitán Dodge sentía predilección por los iconos y los samovares rusos que se encontraban en muchos hogares de Alaska y que iba recogiendo por el camino: «Imagino que ha pagado algo por ellos».[17]

El *Unalga* llevaba un médico a bordo y cuando el 26 de mayo llegó a Unalaska, la ciudad principal de la isla de Unalaska, la tripulación la encontró asolada por la gripe. El capitán Dodge organizó una operación de socorro y Coffin escribió en su diario el 30 de mayo que «el *Unalga* está alimentando y tratando a toda la población y enterrando a los muertos». Para entonces, según la bitácora oficial de la nave, el capitán ya había enviado un mensaje a French para decirle que el *Unalga* estaba muy ocupado y que no podía acudir en su ayuda. Al parecer, French nunca recibió el mensaje y dos supervisores de la conservera que también habían enviado peticiones de auxilio al *Unalga* afirmaron no haber recibido ninguna respuesta. Para el 7 de junio, la epidemia había superado el punto máximo en Unalaska, pero el gobernador Riggs había informado a Dodge de que el 16 de junio se preveía la llegada de un barco de ayuda, el *USS Marblehead*, que llevaba a bordo nuevos suministros proporcionados por la Cruz Roja estadounidense. Esperó a que el barco llegara.

El *Marblehead* y otro buque fueron la única concesión que hizo el gobierno federal ante la nueva tragedia que estaba ocurriendo en Alaska. A bordo del *Marblehead* viajaba un pasajero de renombre: Valentine McGillycuddy. McGillycuddy era un médico que se había labrado una reputación como agente indio, aunque era atípico, ya que, al menos en parte, sus simpatías estaban del lado de los sioux a los que debía «civilizar». Caballo Loco había figurado entre sus amigos y estuvo junto al lecho del gran jefe sioux cuando este murió en 1877. Cuando Estados Unidos entró en la guerra, olfateó nuevas aventuras y solicitó a la Oficina de Guerra que le enviaran a Europa como cirujano u oficial de reconocimiento. Le rechazaron alegando que era demasiado mayor. Ofreció sus servicios a la Cruz Roja y recibió la misma respuesta. Solo el Servicio de Salud Pública se mostró interesado tras haberse declarado la gripe española. Le citaron para que se reuniera con uno de sus representantes en San Francisco, al que confesó que «no sabía absolutamente nada sobre la gripe». «No le puedo aconsejar. Tampoco ninguno de nosotros tiene la menor idea», respondió el representante.[18] Así pues, el médico de setenta años abandonó su jubilación para luchar contra la gripe primero en las minas de mercurio de New Idria, en California, donde observó los efectos supuestamente profilácticos del vapor de mercurio, y después en Alaska.

Al día siguiente de la llegada del *Marblehead* a Unalaska, McGillycuddy, junto con otros dos médicos, tres ayudantes de farmacia y cuatro enfermeras, embarcaron en el *Unalga* llevándose algunos suministros y la patrullera zarpó para realizar la travesía de dos días hasta la bahía de Bristol. «Cuando el barco llegó al puerto, el médico permaneció de pie en la cubierta de la patrullera y exploró la costa. La suave brisa que soplaba cerca de la costa trajo consigo un olor a cadáver. El doctor dijo que algo no iba bien en tierra»,

escribió Julia Blanchard McGillycuddy, la esposa y biógrafa del médico.[19]

El *Unalga* fondeó en Dillingham el 19 de junio. El *Marblehead*, que le había seguido, se dirigió a una zona diferente de la bahía llevando a bordo al resto de los médicos y los suministros. Ambos llegaban «demasiado tarde para ser de alguna utilidad», según un médico de la conservera, porque para entonces lo peor ya había pasado. French y las dos enfermeras del hospital público, Rhoda Ray y Mayme Connelly, ya se habían recuperado y habían llegado dos más desde la ciudad portuaria de Valdez. Habían completado el viaje de 800 kilómetros en barco y trineo tirado por perros, y una de ellas, la ya mencionada Katherine Miller, anotó sus observaciones al llegar a Dillingham: «Aquí y aguas arriba del río Wood [otro afluente de la bahía de Bristol], los estragos de la gripe fueron más graves. Algunos poblados fueron completamente exterminados [...] Los equipos de ayuda encontraron a familias enteras afectadas en el suelo de sus cabañas».[20]

En la bitácora del *Unalga* constaba que la tripulación prestó ayuda allí donde fue necesaria, pero el guarda del servicio de pesca local dio una versión diferente de los hechos. Contó que la patrullera fondeó frente a un poblado afectado y envió a tierra a un equipo de reconocimiento que, en lugar de prestar socorro, se dedicó a buscar objetos de recuerdo: «Invadieron y, en algunos casos, saquearon las casas de los esquimales, y se cometieron actos rayanos en el vandalismo». El guarda escribió que, las cuatro enfermeras del *Unalga* se presentaron al trabajo en Dillingham. «Sin embargo, no llevaban allí ni una hora cuando invitaron a los dos enfermeras del hospital público a un baile a bordo de la patrullera esa noche.»[21]

Ray y Connelly explicaron a las cuatro enfermeras que, pese a la ayuda adicional enviada desde Valdez, se

encontraban desbordadas, ya que tenían que cuidar a los enfermos y a un número cada vez mayor de niños huérfanos, y también se ocupaban de la lavandería y de la limpieza del hospital. Rechazaron la invitación y las visitantes se marcharon. Cuando regresaron un par de días más tarde, Ray y Connelly les dijeron que no requerían sus servicios, ya que no necesitaban más bocas que alimentar. El guarda del servicio de pesca elogió a un médico del equipo de socorro al que no identificaba, probablemente a McGillycuddy, quien se hizo cargo temporalmente del hospital, demostrando «eficacia y sentido del deber» y permitiendo a French ir a visitar los poblados.

El *Unalga* no se había cubierto de gloria en la bahía de Bristol, pero aún tenía una última contribución que hacer. El 25 de junio, un equipo que incluía a Coffin y McGillycuddy remontó el río Wood en la lancha de French, el *Attu*. A primera hora del día siguiente divisaron un poblado, probablemente Igyararmuit, que significa «pueblo que vive en la garganta», ya que estaba situado cerca del lugar donde el río desemboca en el lago Wood. Amarraron el *Attu* a una barcaza del gobierno que se encontraba allí para realizar un censo del salmón y trataron de dormir un poco pese a que los acribillaban los mosquitos. Por la mañana desembarcaron y encontraron la aldea desierta. De una de las *barabaras* emanaba un fuerte olor y se aventuraron a entrar para investigar. Coffin explicó lo que sucedió a continuación: «Al entrar por la puerta baja y estrecha en la primera de las dos habitaciones comunicadas nos encontramos inesperadamente con tres grandes malamutes, apartados de inmediato cerrando la puerta, rompimos las ventanas del techo y disparamos a los perros; dos cráneos y muchos huesos grandes, todos ellos totalmente limpios, esparcidos por el suelo e indicios de que los perros habían estado peleando por los restos».[22] Era un macabro eco del

comentario de otro estadounidense durante la Gran Enfermedad de 1900: «Los perros que merodeaban devoraron los cadáveres mientras de las estribaciones llegaban interminables e inquietantes aullidos que anunciaban la presencia de lobos cerca».[23]

El grupo regresó más tarde ese mismo día para rociar la aldea con queroseno y prenderle fuego, y mató a otros tres perros del tamaño de lobos grises. Cuando empezó a arder, regresó río abajo y el 28 de junio el *Unalga* puso rumbo hacia Unalaska. «Toda la tripulación se alegra de ello», escribió el cocinero, que regresaría otras dos veces al mar de Bering, aunque sin el capitán Dodge. Tres días más tarde, el *Marblehead* zarpó hacia el sur con rumbo a San Francisco, poniendo fin a la aventura de McGillycuddy en Alaska. Durante los veinte años siguientes de su vida, hasta su muerte a los noventa años, trabajó de médico en el Hotel Claremont de Berkeley, en California.

La epidemia remitió durante el mes de julio, momento en que se hizo evidente que la migración del salmón se había vuelto a frustrar. La bahía de Bristol, la región de Alaska más afectada por la gripe española, había perdido aproximadamente al 40 por ciento de su población y los yupik que sobrevivieron recordarían ese periodo como el «Tuqunarpak», cuya traducción aproximada es «gran época mortal». Al parecer, la zona de Nushagak se vio especialmente afectada. Algunos poblados, Igyararmuit entre ellos, dejaron de existir; otros sufrieron tal devastación, que los habitantes que sobrevivieron los abandonaron. Durante la expedición que realizó en 1912, French había contado diecinueve poblados a lo largo del río Nushagak cuyo tamaño oscilaba entre los quince y los ciento cincuenta habitantes (solo tres de ellos estaban señalados en el mapa). Suponiendo una media de setenta habitantes, la población total estimada ascendería a 1.400. En 1920, el

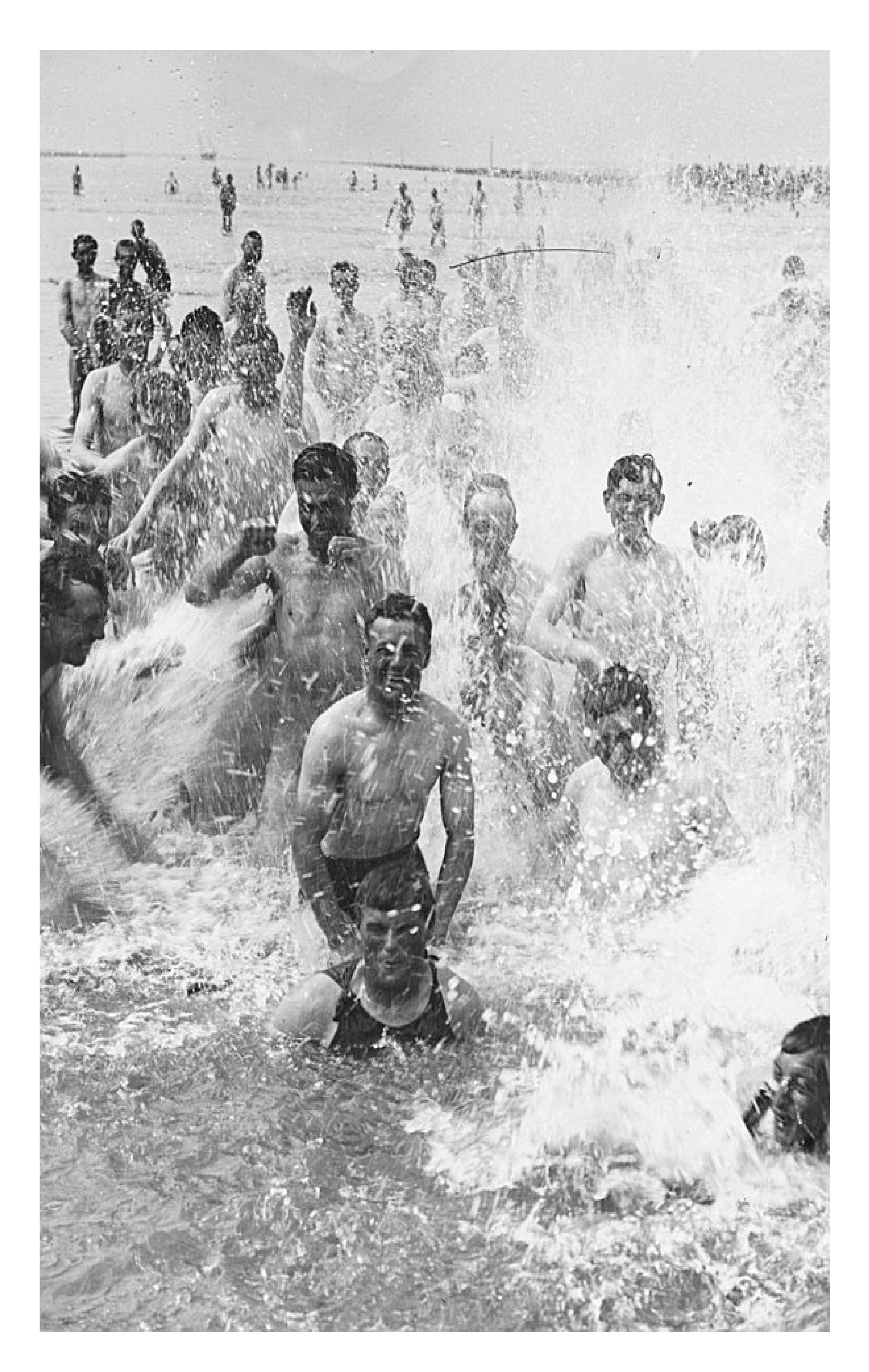
padre Hotovitzky informó de que, en la parroquia de Nushagak, «no quedaban más de doscientos parroquianos en todas las aldeas».[24]

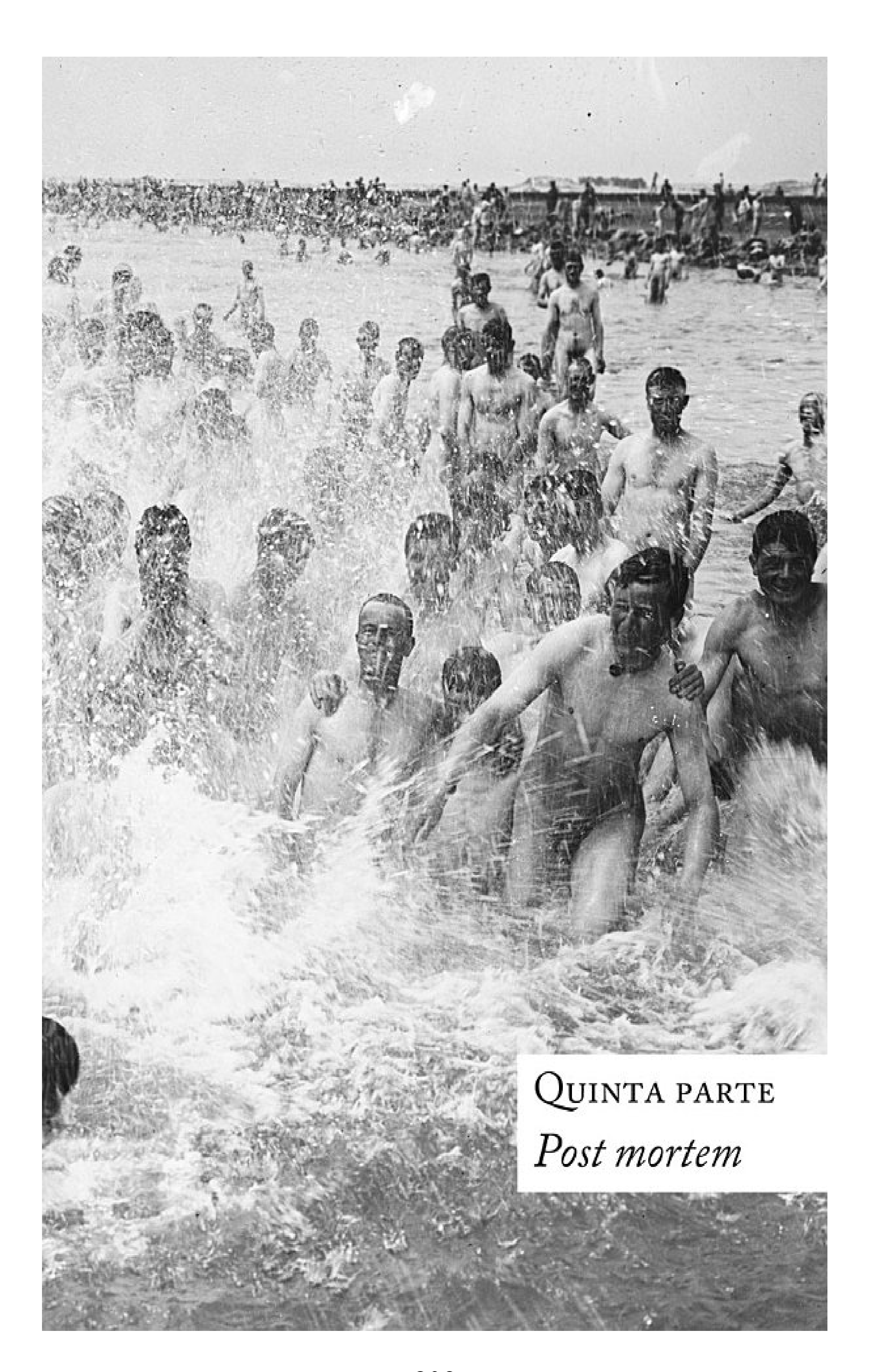
Hotovitzky, al parecer ajeno a los desagradables rumores que le habían acompañado en sus peregrinaciones pascuales, había preparado una auditoría del decanato de las Aleutianas para su eminencia Alexander Nemolovsky, el arzobispo de las islas Aleutianas y América del Norte. Explicaba que, a pesar de la benevolente intervención del mártir y sanador san Pantaleón, las parroquias de las que era responsable se habían reducido mucho en 1919. «Los parroquianos que sobrevivieron despidieron el año piadosamente, por la gracia de Dios», escribió. Y añadía: «En Nushagak, se ha cerrado la iglesia porque ya no quedan ortodoxos. Durante la epidemia, los estadounidenses robaron muchos objetos de la iglesia».[25]

Cerca de 150 huérfanos fueron rescatados de todos los puntos de la bahía mientras arreciaba la epidemia. «Estaban congelados y temblando en frías cabañas, sin fuego ni comida, sin apenas ropa ni mantas, y muchos de ellos lloraban, acurrucados, por sus muertos», informó un supervisor de la APA.[26] Después de que la epidemia remitiera, encontraron a muchos más y aunque las cifras son poco fiables, el número final de huérfanos trasladados al hospital de Dillingham, cuya población era de menos de doscientos habitantes en esa época, podría acercarse a los trescientos.[27]

El principal dilema de las enfermeras era cómo vestirlos. «Muchos solo tenían ropas fabricadas con viejos sacos de harina obtenidos en los puestos comerciales dispersos por la zona», escribió Miller.[28] French solicitó fondos al Gobierno para construir un orfanato y se los concedieron. Sería el último gesto del médico: meses después de la epidemia, abandonó la bahía de Bristol y nunca regresó. Casi

medio siglo más tarde, el antropólogo James VanStone, que realizó un estudio sobre los yupik, observó que, de adultos, la mayoría de los huérfanos de la gripe permanecieron en Dillingham y sus alrededores en vez de regresar a sus lugares de origen. Hoy en día, todos los indígenas residentes en Dillingham afirman ser descendientes de ellos.





Quinta parte
Post mortem

Soldados británicos se bañan en el mar en Étaples, 1917.

11
En busca del paciente cero

«Deseamos presentar en esta nota preliminar una consideración sobre la similitud entre la epidemia actual y la epidemia de peste neumónica que se declaró en octubre de 1910 en Harbin, China, y se propagó de forma rápida y constante por todo el norte de China en aquel momento; y sugerir que esta epidemia podría ser la misma enfermedad modificada por diferencias raciales y topográficas.»[1]

Esto escribió el 12 de octubre de 1918 James Joseph King, un capitán del cuerpo médico del ejército estadounidense. Ya en 1918, los médicos dudaban de que el campamento Funston, la base militar de Kansas donde había enfermado el cocinero Albert Gitchell el 4 de marzo 1918, fuera el origen de la gripe «española». Mientras la pandemia aún causaba estragos fueron surgiendo teorías alternativas y, en un principio, se señaló a China. El capitán King fue el primero y otros le siguieron. Probablemente, esta rápida acusación a Oriente estuvo influida, aunque a menudo de manera inconsciente, por las actitudes occidentales de la época hacia los pueblos del este de Asia, a los que se conocía colectivamente con el mito del «peligro amarillo». En su forma más extrema, esta xenofobia se manifestó en acusaciones a los asiáticos de ser los culpables del descenso de la tasa de natalidad en Europa, el aumento de la delincuencia, el secuestro de mujeres para el tráfico de personas e incluso de vampirismo (se suponía que los vampiros habían llegado a Transilvania desde China a través de la Ruta de la Seda).[2]

No cabe duda de que el capitán King era sincero, pero ni

siquiera se le ocurrió la posibilidad de que la pandemia se pudiera haber originado en su propio país. Naturalmente, los estadounidenses solo eran víctimas. «Desde que nuestros soldados y marineros han estado regresando de los campos de batalla de Francia, [la enfermedad] se ha vuelto muy frecuente y grave en nuestros campamentos y ciudades en todo el país», escribió. Sin embargo, en los últimos años se ha resucitado la teoría del origen chino, a la luz de nuevas pruebas históricas sobre el papel que China desempeñó en la guerra. Pese al peligro amarillo, sigue siendo una posibilidad que la pandemia comenzara en el este y para entender por qué tenemos que regresar a un brote de la enfermedad en Manchuria en 1910, el mismo brote, de hecho, al que King se refería en su «nota preliminar».

En 1910, se conocía a China como el enfermo de Asia. Estaba enferma en un sentido real, ya que tenía un descomunal problema de salud pública, y también en un sentido metafórico, al haber ido cediendo territorios y autonomía a potencias extranjeras desde mediados del siglo anterior. El brote en la sensible región fronteriza de Manchuria diluyó la débil distinción entre lo real y lo metafórico, y cuando los mandarines de Pekín se enteraron, lo reconocieron por lo que era: el primer y lejano presagio del fin para la dinastía Qing gobernante. La revolución estaba en el aire y el imperio era débil. Rusia y Japón ya tenían líneas de ferrocarril que llegaban hasta Manchuria, una zona con abundantes riquezas minerales, y Japón se había anexionado recientemente Corea, por lo que en ese momento compartía una frontera en el continente con su antiguo enemigo. Una plaga que representaba una amenaza no solo para esas naciones, sino también para Europa y Estados Unidos, que tenía sus propios intereses en China, les serviría de pretexto para invadir, y el ataque lo encabezarían hombres con batas blancas. Los mandarines sabían que

debían controlar la plaga sin la intervención extranjera, que tenían que dejarlo en manos de un médico en el que pudieran confiar, de uno de los suyos. El elegido fue Wu Lien-teh (Wu Liande).

Wu, hijo de un orfebre chino, nació en 1879 en Penang, una colonia británica en lo que ahora es Malasia, se licenció en la Universidad de Cambridge en 1902 y fue el primer estudiante de medicina de origen chino en conseguirlo. Prosiguió sus estudios con Méchnikov en París y con Carl Fränkel, un alumno de Koch, en Halle, Alemania. En 1908, tras haber regresado a Oriente, comenzó a formar a médicos militares en la Escuela de Medicina del Ejército Imperial en Tientsin. Allí se encontraba en noviembre de 1910 cuando recibió un telegrama del Ministerio de Asuntos Exteriores en el que se le instaba a que viajara al norte y contuviera la epidemia.

Cuando Wu llegó a la ciudad manchú de Harbin, situada cerca de la frontera rusa, pudo comprobar que las condiciones allí eran malas. «El magistrado local era un fumador de opio empedernido, que se enorgullecía de ser un médico aficionado y no creía ni en los gérmenes ni en los medicamentos extranjeros», recordaría más tarde.[3] No había hospitales, solo «mugrientos» lazaretos en los que se internaba a los casos sospechosos. Muchos habitantes ya habían huido aterrorizados y otros se disponían a viajar al sur para celebrar el Año Nuevo Lunar con sus familias. Wu suspendió todos los viajes en tren que no fueran esenciales y convirtió las escuelas, los teatros y las casas de baños en centros de desinfección. Los templos y las posadas abandonadas se convirtieron en hospitales y los vagones de tren detenidos, en salas de aislamiento. Pusieron a su disposición a setecientos policías y a un millar de soldados, que utilizó para imponer registros casa por casa y una cuarentena. Los manchúes no cooperaron mucho. Aterrados

por la cuarentena, y con razón, ya que habían visto que había pocas posibilidades de regresar, también estaban sujetos a las obligaciones de la piedad filial. Muchas veces no informaban de un caso mientras el paciente estaba vivo y en ocasiones trataban de ocultar el cadáver cuando moría.

Wu no tardó en sospechar que se enfrentaba a la peste neumónica. Sus pacientes presentaban fiebre y dolor en el pecho, y poco después tosían sangre y su piel había adquirido una tonalidad púrpura. Nadie que enfermara sobrevivía y la muerte, por lo general, sobrevenía en cuestión de días. Sin embargo, no bastaba con sospechar que se trataba de la peste. Sabía que para identificar concluyentemente la enfermedad tendría que aislar la bacteria de la peste, lo que significaba realizar una autopsia. En la China prerrevolucionaria, profanar un cadáver era un delito grave que se podía llegar a castigar con la muerte, por lo que el hecho de que los mandarines le concedieran una dispensa imperial para hacerlo demuestra la importancia que estos atribuían a la epidemia. Tras realizar la autopsia del cadáver de una posadera japonesa cerca de Harbin, analizó las bacterias procedentes de su tejido pulmonar y descubrió que se había infectado con *Yersinia pestis.* Entretanto, los cadáveres de las víctimas de la peste se amontonaban en las afueras de la ciudad. La temperatura era de −20 °C y el suelo estaba congelado; la inhumación quedaba descartada. Wu consiguió una nueva dispensa para incinerar los cadáveres, otra práctica totalmente contraria a la costumbre china, y las piras ardieron a lo largo de dos días durante el Año Nuevo Lunar, a finales de enero.

La epidemia terminó en abril y los amos imperiales de Wu estaban encantados. Aunque se había propagado al sur, hasta las provincias de Hopei (Hebei) y la vecina Shantung (Shandong), y se había cobrado 60.000 vidas, no había traspasado las fronteras chinas. Se había conjurado la

amenaza de una invasión. «De la noche a la mañana se me concedió el alto rango de comandante del Ejército Imperial con distintivo azul, lo que me permitía ser recibido en una audiencia imperial sin formalidades innecesarias», se jactó Wu.[4] Sin embargo, el respiro para los Qing fue efímero. En el mes de octubre siguiente, la dinastía fue derrocada y nació una república china. El diminuto y elocuente Wu (medía un metro sesenta descalzo) contó con el favor del nuevo régimen y, en diciembre de 1917, fue llamado para hacer frente a otra epidemia mortal de enfermedades respiratorias.

Esta vez el brote se había registrado en Shanxi, el feudo del gobernador Yen, y entre los compañeros que combatieron la enfermedad con Wu figuraba el misionero Percy Watson. Wu estaba a punto de descubrir que sus ideas no eran más populares en el campo de lo que habían sido siete años antes, y menos aún en la conservadora Shanxi. Cuando intentó realizar una autopsia sin haber pedido permiso antes a los parientes del difunto, una muchedumbre furiosa rodeó el vagón en el que se alojaba y le prendió fuego. Este incidente disuadió a Watson de practicar una autopsia en Wangchiaping un año más tarde, la autopsia que podría haberle permitido realizar un diagnóstico definitivo, «debido a los grandes problemas causados en el norte [Shanxi] el año pasado cuando el doctor Wu Lien-teh consiguió una muestra».

Wu escapó y huyó a Pekín, llevando consigo el par de muestras de tejido que había logrado obtener, y el 12 de enero de 1918 anunció que había encontrado la bacteria de la peste en ellas. Otros médicos que habían estado en el epicentro del brote cuestionaron de inmediato su diagnóstico, al igual que las autoridades de Shanxi. Pese a que presentaba muchas de las características de esta enfermedad (esputos con sangre, dolor en el pecho, fiebre), la consideraron más leve que la epidemia de 1910.

Sorprendentemente, la muerte era la excepción y no la regla. Las autoridades insistieron en que se trataba simplemente de una forma grave de la «enfermedad de invierno», de algo más parecido a la gripe.

Si se trataba de gripe, una cosa es segura: Wu no habría podido demostrarlo. Sin embargo, afirmaba haber visto la bacteria de la peste. Algunos han sugerido que exageró su confianza en el diagnóstico para convencer a las autoridades de que aplicaran las medidas de contención que consideraba tan vitales o, más simplemente, porque ya se había convencido de que se trataba de la peste. Sea cual sea la verdad, existen dudas sobre la naturaleza de la enfermedad que causó estragos en Shanxi en el invierno de 1917 y esas dudas han alimentado las especulaciones de que fue en realidad la primera manifestación de la gripe española. De ser cierto, ¿cómo viajó desde la aislada Shanxi al resto del mundo? Según la resucitada teoría del origen oriental, la clave está en el Cuerpo de Trabajadores Chinos (CTC).[5]

Mientras la epidemia devastaba Shanxi, la guerra causaba estragos en el otro extremo del mundo. China se había declarado neutral en 1914, ya que tenían las manos atadas debido a que las naciones beligerantes de ambos bandos reclamaban concesiones dentro de sus fronteras (finalmente declaró la guerra a Alemania en agosto de 1917). Sin embargo, los dirigentes habían intentado ya desde el inicio mismo de la contienda encontrar la manera de contribuir sin comprometer esa neutralidad para conseguir un puesto en la mesa de negociaciones cuando se produjera el inevitable proceso de paz. Veían en este proceso una oportunidad de recuperar los territorios que los últimos emperadores Qing habían cedido a potencias extranjeras. El plan que concibieron, en colaboración con los gobiernos británico y francés, consistió en crear un cuerpo de trabajadores que no participarían en los combates, sino que se encargarían del

trabajo duro detrás de las líneas del frente: cavar trincheras, reparar tanques y ensamblar proyectiles. Esto era el CTC y, a partir de 1916, en una operación en gran parte secreta, fueron trasladados hasta 135.000 hombres a Francia y Bélgica, y otros 200.000 a Rusia.

Estos hombres fueron cuidadosamente seleccionados en las poblaciones del norte de China, ya que se los consideraba más altos, por término medio, y mejor adaptados a un clima frío que los del sur. La mayoría eran campesinos de las provincias de Shantung y Hopei, aunque algunos procedían de lugares tan alejados como Shanxi. Hopei está encajonada entre Shanxi y la costera Shantung, y la «peste» del invierno de 1917 afectó a las tres provincias. Los británicos solían utilizar a misioneros para reclutarlos. El periodista y agente secreto estadounidense Josef Washington Hall se hallaba de viaje por Shantung cuando se encontró a uno «reclutando culíes con la ayuda de su maravillosa oratoria en la plaza del templo». Al sacerdote, famoso en aquella zona, se le conocía por su nombre chino, el pastor Fei. Hall contó que Fei Mu-sa le dijo a la multitud:

> He venido a hablaros de una oportunidad de ver mundo. Aquellos de vosotros que seáis aptos navegaréis por dos mares hasta la tierra donde los hombres miran en la dirección opuesta a vosotros para ver el cielo, donde hay edificios tan grandes como un pueblo amurallado, donde hay ciudades tan limpias como una era. Allí solo trabajaréis una tercera parte de cada veinticuatro horas y cada uno recibirá el salario de tres hombres, mientras que a vuestras familias se les pagará dinero para alimentos cada mes aquí en casa. Estaréis a salvo de cualquier peligro, porque os protegerán monstruos de hierro tan grandes como casas de tres vigas. Y cuando el gran rey británico haya obtenido la victoria, os enviará de vuelta a vuestras casas con suficiente dinero para poder comprar cada uno un campo nuevo y con una reputación que hará que os tengan en mucha estima vuestros vecinos y la posteridad. Juro todo esto por mi honor. Si no es cierto, cuando regreséis, venid a buscarme.[6]

Por desgracia, no era cierto, aunque la historia no cuenta si los hombres a los que el pastor convenció fueron a buscarle a su regreso. Fueron mal tratados como «*chinks*» racialmente inferiores, fueron explotados y tampoco se los mantuvo siempre a una distancia segura de la línea del

frente. Desde la primavera de 1917 fueron reclutados principalmente en Tsingtao (Qingdao), en la provincia de Shantung ocupada por los británicos, donde los sometían a un reconocimiento médico antes de enviarlos por el mundo. Este reconocimiento era bastante riguroso hasta que el número de reclutas aumentó mucho y el sistema empezó a desmoronarse, y estaba concebido para descartar principalmente las enfermedades consideradas «asiáticas», como el tracoma, que puede causar ceguera, no la gripe común (que, en cualquier caso, no podían detectar). Estos trabajadores destinados a Francia o Bélgica viajaban hacia el este a través de Canadá o hacia el oeste por el Cabo de Buena Esperanza. Si tomaban la ruta del este, entraban en Canadá por Victoria, en la Columbia Británica. El viaje duraba tres semanas y viajaban hacinados como sardinas en bodegas mal ventiladas. Las condiciones en la William Head Station de la isla de Vancouver, donde eran puestos en cuarentena, no eran mucho mejores. Después atravesaban el país hacinados en trenes sellados y protegidos por guardias armados con destino a Montreal o Halifax, desde donde embarcaban para realizar el último trayecto por mar hasta los campos de batalla de Europa. Los que viajaron hacia el oeste entraron en Francia por Marsella.

Las pruebas circunstanciales que respalden la teoría del origen chino son escasas. El número de hombres en el puesto de reclutamiento de Tsingtao aumentó en el invierno de 1917-1918 y, en enero, muchos de ellos se quejaban de dolor de garganta. Algo parecido a la gripe flotaba en el aire mientras el pastor Fei reclutaba en Shantung. Aunque Hall no menciona la fecha exacta en la que vio al pastor, fue en la primavera de 1918 y esa noche Hall se despertó con un escalofrío. «A la mañana siguiente, tenía todos los síntomas de la gripe o "pequeña plaga", como la llamaban los chinos, pese a que ha matado a un millón o dos de ellos», escribió.

Miles de trabajadores del CTC abandonaron Tsingtao esa primavera y hay algunos indicios de que se registró un repunte de enfermedades respiratorias entre los soldados asignados para custodiarlos en la isla de Vancouver. Puede que no fuera más que una gripe estacional, pero, en cualquier caso, los soldados se mezclaban con la población civil local y podrían habérsela contagiado.

Sin embargo, solo disponemos de pruebas circunstanciales porque no sabemos cuál fue la enfermedad que se declaró en Shanxi a finales de 1917 y remitió en el mes de abril siguiente, tras haberse cobrado unas 16.000 vidas. Wu Lien-teh fue el que más cerca estuvo de identificarla, aunque sobre su credibilidad planea, justa o injustamente, una sombra que siempre perdurará, porque, hasta donde sabemos, ya no existen las muestras de tejido que consiguió poniendo en peligro su vida.

La teoría del origen chino fue la única durante mucho tiempo, pero después, en este siglo, se propusieron dos teorías rivales. Según una de ellas, el paciente cero o caso índice, la primera persona que contrajo la gripe «española», no enfermó en China, ni tampoco en los silenciosos espacios de la estepa euroasiática, sino durante un breve trayecto en tren desde el frente occidental, en el corazón del escenario bélico europeo.[7]

Entre 1916 y el final de la guerra, Gran Bretaña envió a un millón de combatientes o más al frente occidental, el sistema de trincheras de dieciséis kilómetros que hendía Francia desde la frontera belga hasta la suiza, pero este hito planteaba algunas dificultades logísticas. Mientras los franceses, los alemanes y los rusos disponían de miles de kilómetros cuadrados en los que acantonar a sus refuerzos, almacenar los suministros y atender a los enfermos y

heridos, los británicos tuvieron que concentrar toda su operación de apoyo en la estrecha franja de tierra entre el frente y el océano Atlántico. La solución que propusieron fue construir un campamento en Étaples, un pequeño puerto pesquero situado al sur de Boulogne-sur-Mer.

Todavía hay vestigios del campamento visibles en Étaples. Comienza en el extremo norte de la población y asciende por la costa, decenas de kilómetros cuadrados de tierra en los que de vez en cuando emergen a la superficie los restos de los depósitos de municiones. Al sobrevolarlo en un avión militar en 1916, se podría ver el río Canche, que desemboca en el canal de la Mancha en Étaples, y quizás espiar a los reclutas entrenando en las extensas dunas que lo rodeaban o a un pequeño grupo de desertores escondidos. En dirección norte, uno podría sobrevolar la «plaza de toros» (el infame campo de entrenamiento en el que se trataba con tanta dureza a los hombres, que se amotinaron en 1917), los campos de tiro, los centros de detención y, sobre todo, las monótonas hileras de barracones de madera. Por último, se llegaría al perímetro norte del campamento, donde impresionaría, o deprimiría, ver una decena de hospitales alineados. En total disponían de 23.000 camas, lo que convirtió a Étaples en uno de los mayores complejos hospitalarios del mundo en esa época.

En un día cualquiera, esta ciudad provisional y en expansión acogía a 100.000 hombres y mujeres. Cada día llegaban refuerzos desde los cuatro confines del Imperio británico y en las inmediaciones se encontraban los campos para los prisioneros de guerra alemanes y las tropas francesas de Indochina. El CTC tenía su cuartel general y un hospital propio (el Hospital General de Trabajadores Nativos Número Tres, concretamente) a cincuenta kilómetros al sur, en Noyelles-sur-Mer, cerca del estuario del Somme. En total, unos dos millones de seres humanos acampaban en este

pequeño rincón del norte de Francia. En 1916, Étaples se había convertido en una atestada prisión para hombres que sabían que estaban a punto de morir. El poeta británico Wilfred Owen, que pasó por él, describió en una carta dirigida a su madre una «extraña mirada» característica del campamento: «No era desesperación o terror, era algo más espantoso que el terror, porque era una mirada vacía y sin expresión, como la de un conejo muerto».[8]

Entre julio y noviembre de 1916, durante la batalla del Somme, llegaban cada noche a Étaples hasta diez trenes ambulancia. Muchos de los heridos habían estado expuestos al gas mostaza, que causa ampollas en los pulmones. En diciembre, un año antes del brote de la «enfermedad de invierno» en Shanxi, se declaró en el campamento algo muy parecido a la gripe. Para cuando llegó el frío a finales de enero, había alcanzado las proporciones de una pequeña epidemia y remitió en marzo. Un trío de médicos del ejército británico encabezado por el teniente J. A. B. Hammond describió la enfermedad en la revista médica *Lancet* en julio de 1917. La llamaron «bronquitis purulenta» y mencionaron que se caracterizaba por la tonalidad azul que adquiría el rostro. Practicaron autopsias a algunas víctimas y encontraron los pulmones congestionados e inflamados, otra característica distintiva de la gripe española.[9]

¿Fue la bronquitis purulenta una precursora de la gripe española? El virólogo británico John Oxford cree que sí y, gracias a los diligentes registros elaborados por los médicos militares durante la primera guerra mundial, ha presentado argumentos convincentes. Un historiador con el que ha trabajado, Douglas Gill, estudió los registros de defunciones de los hospitales militares británicos en la ciudad francesa de Ruan, un centro de hospitalización casi tan importante como Étaples, y descubrió que allí también había habido una epidemia aproximadamente por la misma época. Una

enfermedad casi idéntica se registró en los cuarteles de Aldershot, Inglaterra, a principios de 1917.[10]

Sin embargo, hay un problema con la teoría de Étaples: no existe constancia de que se produjeran brotes entre la población civil del norte de Francia en esa época. Parece extraño que se declarara una enfermedad infecciosa peligrosa en varias bases militares al mismo tiempo y que las comunidades civiles situadas entre ellas no resultaran afectadas, sobre todo desde que sabemos que el campamento de Étaples vivía «en ósmosis» con la población.[11] Los soldados británicos «confraternizaban» con las mujeres locales y frecuentaban las tiendas, los bares y los burdeles de la ciudad (los favores más solicitados eran los de una dama que se hacía llamar «la condesa»). Sin embargo, puede que exista una explicación sencilla: según el sistema del registro civil francés vigente en ese momento, la causa de la muerte y el anuncio de la misma se consignaban por separado para proteger la privacidad de los individuos. Aunque se han conservado los registros públicos de defunciones, se han perdido muchos de los certificados de los médicos en los que se menciona la causa de la muerte. Dicho de otro modo, puede que se produjeran brotes entre la población civil, pero no tenemos ninguna constancia de ellos.[12]

Hammond elaboró una descripción detallada de la bronquitis purulenta, pero no disponía de mejores medios que Wu para aislar un virus, por lo que la teoría de Étaples también sigue siendo una conjetura. Al haber propuesto este acontecimiento precursor, le corresponde a Oxford explicar por qué la pandemia propiamente dicha tardó tanto tiempo en surgir. Sugiere que, aunque las condiciones en el norte de Francia en 1916 eran muy propicias para que surgiera una nueva cepa de gripe pandémica, paradójicamente, también la contuvieron. Los desplazamientos se limitaban a los viajes desde la base al frente y, si se tenía suerte, de vuelta otra vez

o, a lo sumo, un breve trayecto a través del canal de la Mancha. En el intervalo de un año o más entre el brote descrito por Hammond y la primera oleada de la pandemia que se reconoce como tal, en la primavera de 1918, puede que el virus se mantuviera en pequeñas epidemias localizadas mientras adquiría los cambios moleculares que lo convertirían en altamente contagioso entre los humanos.

¿Y si la pandemia de 1918 no empezó en China, ni en Francia, sino más al oeste, justo al lado de donde se registró el primer caso? La tercera teoría propone que el paciente cero no fue un soldado gaseado que se recuperaba en Étaples, ni un campesino que trabajaba duro entre los barrancos y los desfiladeros de Shanxi, sino un agricultor que trabajaba cerca del centro geográfico de Estados Unidos, en Kansas, el «estado de los girasoles».

El campamento Funston recibía reclutas de una zona de captación que incluía el condado de Haskell, situado a 500 kilómetros al este. Por entonces, Haskell era uno de los condados más pobres de Kansas. Sus habitantes vivían en cabañas humildes, cultivaban maíz y criaban aves de corral y cerdos. En enero de 1918 empezaron a enfermar y algunos contrajeron una neumonía y murieron. La gravedad del brote alarmó tanto a un médico local, Loring Miner, que se lo comunicó al Servicio de Salud Pública, pese a que la gripe no era una enfermedad que se tuviera que notificar en Estados Unidos en esa época. La epidemia remitió a mediados de marzo y es posible que nadie hubiera vuelto a pensar en ella, excepto los afligidos habitantes del condado de Haskell, de no ser porque por entonces la enfermería del campamento Funston estaba repleta de soldados enfermos.

El mismo día en que el oficial médico del campamento envió un telegrama a las autoridades de DC para informar

del brote, el 30 de marzo, se publicó un artículo sobre el brote de Haskell en la publicación semanal del servicio de salud pública. Tuvieron que pasar casi nueve décadas antes de que un periodista estadounidense, John Barry, sugiriera que ambos podrían estar relacionados, que un joven originario de Haskell, probablemente un muchacho piadoso que había crecido en una granja y no había conocido otro tipo de vida, pudo llevar involuntariamente el virus hasta el corazón de la maquinaria bélica estadounidense, desde donde fue exportado al resto del mundo.[13]

Cuando se intenta trazar un mapa del avance de la oleada primaveral de la pandemia, desde el primer caso en el campamento Funston en dirección este hacia Francia, al principio parece gratamente lineal y unidireccional. Sin embargo, entonces uno recuerda que aquella primavera un gran número de trabajadores del CTC estaba atravesando América del Norte en trenes custodiados. Aunque no existe razón alguna para pensar que mantuvieran algún contacto con las poblaciones de los lugares por donde pasaban, no es imposible que un guardia se distrajera momentáneamente o que se apiadara de un pobre pasajero y le permitiera salir a estirar las piernas. Sus instrucciones eran seguir trasladando a los trabajadores hacia el este con la mayor discreción posible; no era consciente de que también estaba defendiendo un cordón sanitario. En abril de 1918, China estaba asolada por otra enfermedad similar a la gripe, una epidemia aparentemente nueva que coincidió en el tiempo con la que había comenzado en Shanxi el invierno anterior.[14] Esta nueva epidemia, según el consenso de la comunidad médica china, era sin lugar a dudas la enfermedad del invierno y no la peste. No era letal y por lo general duraba cuatro días (Wu no estaba de acuerdo; estaba

convencido de que era la misma enfermedad que se había declarado en Shanxi y de que se trataba en ambos casos de la peste, pero su opinión era muy minoritaria). Por tanto, existe la posibilidad de que fuera el CTC el que llevara la gripe a la costa oriental de América del Norte. Para complicar aún más las cosas, existen pruebas de que los neoyorquinos empezaron a enfermar a finales de febrero de 1918, antes de que Gitchell acudiera a la enfermería del campamento Funston, lo que ha llevado a algunos a sugerir que la infección llegó a la ciudad de Nueva York con las tropas que regresaban de Francia.

De momento, las tres teorías sobre el origen de la gripe «española» siguen sobre la mesa. Para poder elegir entre ellas sería necesario comparar las cepas de gripe que causaron los supuestos acontecimientos precursores con la cepa que circulaba en el otoño de 1918, algo que aún no ha sido posible. En el siglo XXI, los científicos han presentado un nuevo tipo de pruebas que apuntan a que una de las teorías es más factible que las otras dos. Volveremos a hablar de ello, pero estas pruebas, aunque tentadoras, no son concluyentes. Por tanto, lo único que podemos decir en 2017 con cierta seguridad es que la gripe española no empezó en España.

Nótese, por ahora, que si la teoría sobre el origen chino fuera correcta, no se podría afirmar en un sentido estricto que la pandemia fue un producto de la guerra. El paciente cero fue un campesino pobre que vivió en una aldea remota del interior de China, quien cuando enfermó, se dedicaba a hacer lo mismo que habían hecho sus antepasados durante generaciones y que quizá ni siquiera estaba al tanto de que había una guerra. Lo mismo se puede decir si comenzó en una granja de Kansas. Solo si el origen de la pandemia fuera francés se podría afirmar que fue un resultado del conflicto, ya que en ese caso se habría gestado en un campamento en

el que se reunieron unos hombres (y algunas mujeres) con el propósito expreso de matar a otros hombres. Cabe una última posibilidad: que ninguna de las tres teorías sea correcta y aún no se haya propuesto el verdadero origen la pandemia.

12
El recuento de los muertos

¿Cuántas personas habían muerto? La gente quiso saberlo desde el momento mismo en que terminó la pandemia, no solo para evaluar su impacto en la humanidad y dejar constancia histórica, sino también para extraer enseñanzas de cara al futuro. Tenían una idea de la magnitud de la pandemia de gripe anterior, la gripe rusa de la década de los noventa del siglo XIX, que había matado a aproximadamente un millón de personas. Si la cifra de muertos de la gripe española era similar, entonces tal vez una pandemia de gripe era simplemente algo que sucedía cada cierto tiempo y había que aprender a controlar. Sin embargo, si era mucho mayor, la conclusión habría de ser diferente: algo relacionado con esa gripe en concreto, con la situación mundial en 1918, o con ambas, había generado una anomalía letal.

En los años veinte del siglo XX, el bacteriólogo estadounidense Edwin Jordan calculó que habían muerto 21,6 millones de personas debido a la gripe española. Así pues, ya desde un principio fue evidente que se trataba de un caso excepcional. El número de víctimas mortales superaba al de la primera guerra mundial y era veinte veces mayor que el provocado por la gripe rusa. Ahora sabemos que la cifra de Jordan era demasiado baja, pero fue la que prevaleció durante casi setenta años, lo que significa que, durante mucho tiempo después, la especie humana solo tuvo una idea muy vaga de su magnitud.

No podemos culpar a Jordan. En 1920 la epidemiología era una ciencia joven. Los criterios para diagnosticar la gripe y la neumonía eran poco precisos, y muchos países no

contaban los muertos en tiempos de paz y menos aún en medio de una guerra, que difumina las fronteras y genera caos. Cuando existían datos, calculó las tasas de sobremortalidad, un indicador de la cifra de personas que murieron por encima de lo que cabría esperar en un año «normal» o sin pandemia, pero estas ocultaban multitud de errores de diagnóstico. En 1918 no existía nada parecido a una «muerte confirmada en laboratorio» a causa de la gripe, porque nadie sabía que la gripe la causaba un virus. Además, las pandemias de gripe no empiezan o se detienen, invaden el ciclo de la gripe estacional, distorsionando de manera grotesca sus curvas de morbilidad (enfermedad) y mortalidad (muertes), y después remiten hasta que se vuelven a observar esas curvas. Incluso ahora que existen herramientas para diferenciar entre las cepas estacionales y las cepas pandémicas, la definición de los límites de una pandemia sigue siendo una tarea esencialmente arbitraria.

En 1991, dos epidemiólogos estadounidenses, David Patterson y Gerald Pyle, elevaron la cifra de Jordan a treinta millones, lo que sugería que el desastre había sido aún mayor aunque no superaba las cifras de la segunda guerra mundial, que se cobró la vida del doble de personas. Incorporaron nuevos datos que habían salido a la luz desde la época de Jordan, pero solo contaron los muertos de la segunda oleada, la de otoño. Había algunas regiones del mundo sobre las que no disponían de más datos que Jordan. Por ejemplo, repitieron su estimación de 450.000 muertes en Rusia, junto con la advertencia de que no era más que «un disparo a ciegas». «Se sabe poco sobre la cifra de víctimas en China, pero, con entre 400 y 475 millones de habitantes, la pérdida de vidas podría haber sido enorme», escribieron.[1] Rusia y China eran países grandes y populosos, y los errores al calcular las cifras de muertos tendrían un gran impacto en cualquier cifra mundial, por lo que merece la pena examinar

con más detalle los cálculos de Patterson y Pyle para estos dos países.

La estimación de 450.000 muertes equivale aproximadamente al 0,2 por ciento de la población de Rusia en esa época. De ser correcta, la cifra de muertes relacionadas con la gripe en Rusia fue la más baja de Europa, lo que no parece lógico en un país sumido en una guerra civil, donde las infraestructuras de la vida cotidiana no funcionaban. De hecho, el caso de Odesa sugiere que era incorrecta y que la cifra real podría haber sido más elevada. Sabemos que los odesanos padecían a menudo más de una enfermedad a la vez y que había muchas probabilidades de que el diagnóstico fuera equivocado. Tizengausen, el patólogo del Hospital de la Ciudad Vieja, encontró hemorragias pulmonares, un claro síntoma de la gripe española, en los cadáveres de personas a las que no se les había diagnosticado la gripe en vida. Tizengausen tenía un segundo empleo en el depósito de cadáveres de la ciudad y detectó los mismos síntomas en casos diagnosticados erróneamente como cólera o, más vagamente, «peste». También descubrió que algunas de las personas a las que se había diagnosticado correctamente la gripe española habían estado infectadas al mismo tiempo de fiebre tifoidea, disentería, tuberculosis y otras enfermedades graves.

Vyacheslav Stefansky, un antiguo alumno de Yákov Bardakh que también había trabajado en el Hospital de la Ciudad Vieja, constató que aproximadamente el 8 por ciento de los pacientes de gripe que ingresaron en su hospital acabaron muriendo de la enfermedad y otro médico documentó un porcentaje similar en el Hospital Judío. Esta cifra se ha de comparar con una tasa de letalidad total del 2,5 por ciento.[2] En los años cincuenta del siglo XX, un equipo de epidemiólogos rusos encabezado por V. M. Zhdanov calculó que en octubre de 1918 había 70.000 odesanos

enfermos de gripe española.[3] Si estaban en lo cierto, y si las tasas de letalidad que calcularon Stefansky y su colega del Hospital Judío eran correctas, entonces ese mes murieron de *ispanka* unos 6.000 odesitas. Esta cifra equivale al 1,2 por ciento de la población, o seis veces la tasa de mortalidad que Patterson y Pyle calcularon para el país y la oleada de otoño.

Zhdanov creía que Odesa había sufrido más que ninguna otra gran ciudad rusa, por lo que si en Rusia solo hubiera habido ciudades, tendríamos que revisar esa cifra a la baja. Pero, obviamente, en Rusia no solo había ciudades. En realidad, la población urbana era minoritaria y representaba entre el diez y el veinte por ciento de la población total. Y aunque la gripe fue grave en Odesa, es probable que no fuera mejor en la zona rural circundante, donde no era raro que decenas de miles de personas dependieran de un único médico sin medicamentos a su alcance. Como ya hemos visto, los fármacos no funcionaban, pero los médicos y, lo que es más importante, las enfermeras, podían marcar la diferencia y era evidente que no había suficientes. Cuando en 1919 el Comité Internacional de la Cruz Roja envió al oficial francés Ernest Léderrey a evaluar la situación sanitaria en Ucrania, este informó que algunos pueblos habían perdido el año anterior a entre el diez y el quince por ciento de sus habitantes a causa del tifus y la gripe española y que la disentería se había añadido a sus infortunios (los médicos observaron que la gripe española acababa a menudo con las personas hambrientas). Con la llegada del invierno, lo que quedaba de los *zemstvos*, los consejos provinciales prerrevolucionarios, intentaron ayudar instalando hospitales provisionales. «Pero qué son cincuenta o sesenta camas cuando en cada casa hay al menos un inválido que debería estar aislado. ¡Una gota de agua en el océano!», escribió Léderrey.[4] Si aplicamos esta tasa de mortalidad del 1,2 por

ciento a todo el país, murieron 2,7 millones de rusos de gripe española.

China sigue siendo un enigma, sobre todo porque es imposible definir la epidemia china. En un país en el que nunca faltaba una epidemia, puede que la gripe española llegara intercalada entre dos visitas de la peste neumónica, que las tres oleadas de enfermedades respiratorias (las de diciembre de 1917, octubre de 1918 y diciembre de 1918) fueran causadas por el virus de la gripe o que otro microbio aún no identificado fuera el responsable de una o más de ellas.

Estados Unidos y Gran Bretaña, países ricos, perdieron aproximadamente al 0,5 por ciento sus poblaciones a causa de la gripe española. Patterson y Pyle, haciendo una extrapolación a partir de las cifras en países más pobres, pero presuponiendo que China se vio menos afectada que la India (donde la tasa fue diez veces superior a la de Estados Unidos), propuso una horquilla de entre cuatro y 9,5 millones de muertes en China. Sin embargo no disponían de datos sobre este país con los que trabajar, ya que durante el periodo de los caudillos militares no se recopilaron datos sanitarios de forma centralizada y los misioneros que acudieron a socorrer a los enfermos no recopilaron estadísticas de manera sistemática. Las únicas zonas del país donde se recopilaron algunas estadísticas sanitarias de forma rutinaria fueron aquellas que se encontraban bajo control extranjero y, en 1998, Wataru Iijima, un académico japonés, las utilizó para elaborar un nuevo cálculo. Basó sus estimaciones en Hong Kong y el sur de Manchuria, ambas bajo control extranjero, y calculó, con muchas reservas, que solo había muerto un millón de chinos.[5]

No obstante, el cálculo de Iijima es problemático. Uno de los supuestos que formuló fue que la gripe llegó a los puertos y que las malas comunicaciones impidieron que

penetrara en el interior. Sin embargo, en 1918, Taiyuan, la «capital» de Shanxi y situada en el interior, ya estaba conectada por ferrocarril con Pekín y existen pruebas anecdóticas que sugieren que la epidemia no fue nada leve en Shanxi. En 1919, un hombre con experiencia directa en epidemias mortales, Percy Watson, describió el brote allí (la enfermedad que causó estragos durante tres semanas en octubre 1918) como «una de las epidemias más letales mencionadas en las publicaciones médicas este último año». [6] El 2 de noviembre de 1918, el *North China Herald* habló, refiriéndose al mismo brote, de miles de muertos en Taigu, una localidad de Shanxi. Y los informes entonces elaborados por el Servicio de Correos Chino mencionaban muchas víctimas en dos provincias limítrofes: Hopei al este y la denominada confusamente Shensi (Shaanxi) al oeste. Señalaban que, en Hopei, la gripe había matado a más trabajadores de correos que el brote de peste neumónica de principios de 1918. Por tanto, parece al menos posible que la gripe fuera prevalente en China en 1918 y 1919 y siguiera una pauta similar a la de otros lugares del mundo (una oleada leve en primavera, una oleada grave en otoño y un posible recrudecimiento a principios de 1919), y que, al menos en algunas partes del país, la cifra de muertes fuera muy elevada. Es posible que, en el caso de China, Patterson y Pyle se acercaran bastante a la realidad.

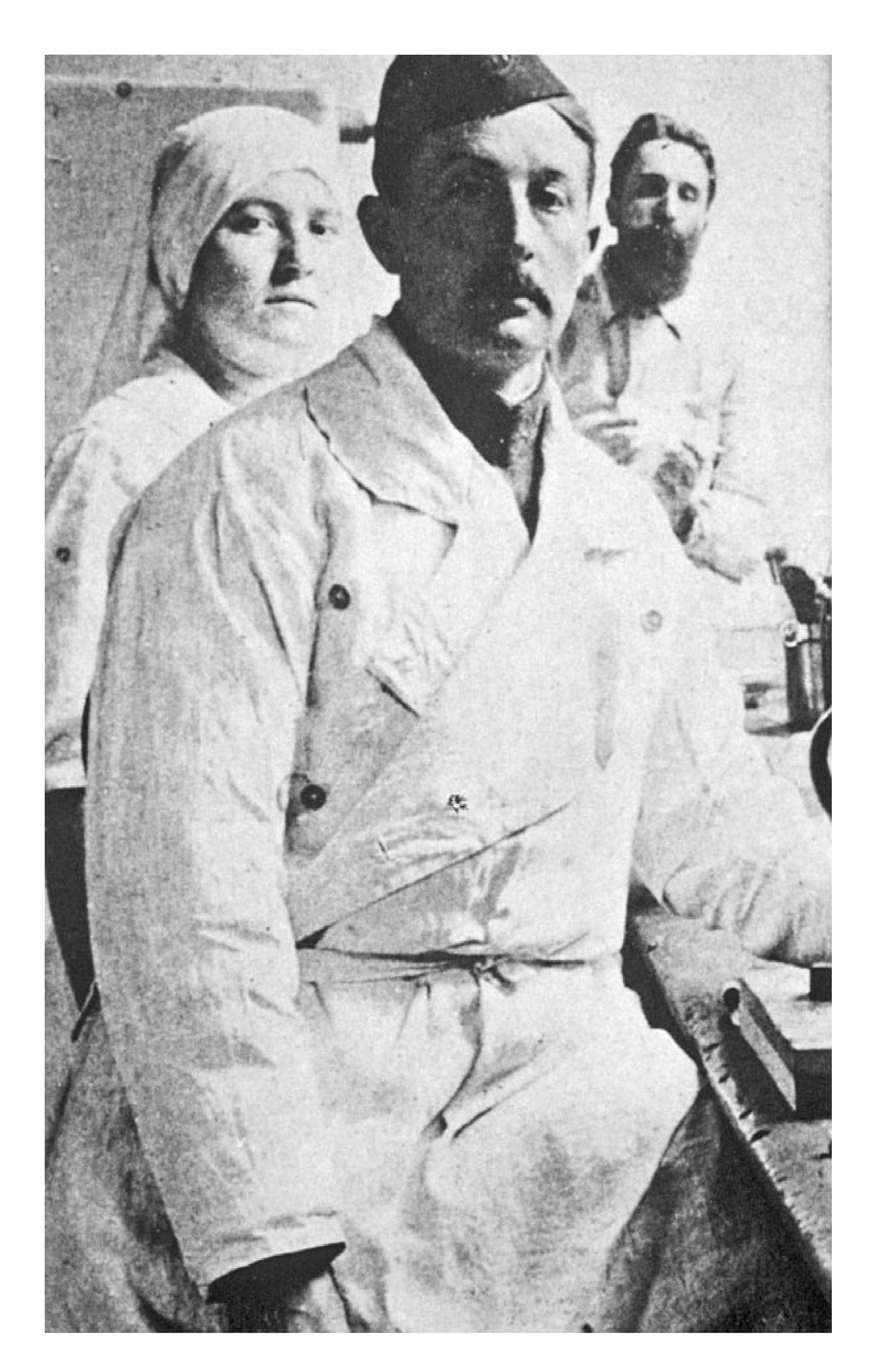
En 1998, en el octogésimo aniversario de la pandemia, el historiador y geógrafo australiano Niall Johnson y el historiador de la gripe alemán Jürgen Müller volvieron a revisar al alza la cifra total de muertes. Su razonamiento era que los cálculos anteriores solo eran la punta de un iceberg, que la infranotificación de los casos afectaba de manera desproporcionada a las poblaciones rurales y las minorías étnicas y que había indicios de que en algunas de estas poblaciones se había registrado un gran número de muertes

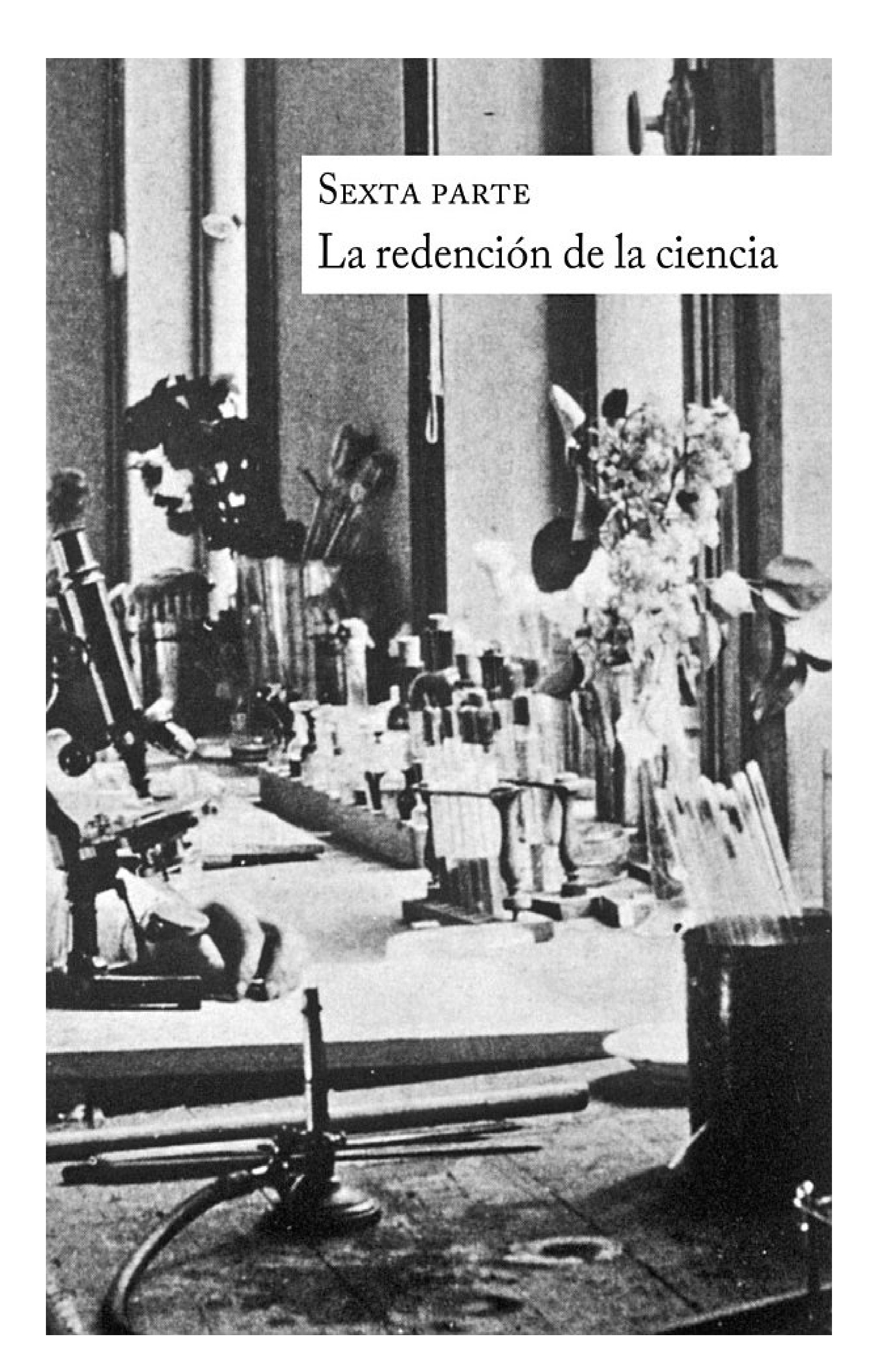
debido en parte a su aislamiento histórico. Por entonces se calculaba que la cifra total solo en la India ascendía a 18 millones, el triple de lo que habían creído los indios en 1919, lo que hace que la cifra de 21,6 millones de Jordan parezca «ridículamente baja» en comparación. Johnson y Müller propusieron una cifra de 50 millones, de los que 30 millones corresponderían a Asia, aunque insistieron en que «incluso esta enorme cifra podría ser considerablemente más baja que la cifra real, quizá hasta un 100 por ciento».[7]

Una subestimación del 100 por ciento significa que el número de muertos podría haber ascendido a cien millones, un número tan redondo que dificulta hacerse una idea del sufrimiento humano que entrañó. Es imposible imaginar el sufrimiento que subyace a esa sucesión de ceros. Lo único que podemos hacer es compararla con otras sucesiones de ceros, en especial con las cifras de muertos de la primera y la segunda guerra mundial, y reduciéndolo a un problema de matemáticas, concluir que podría haber sido la mayor catástrofe demográfica del siglo XX y, posiblemente, de cualquier siglo.

Por tanto, en los anales de las pandemias de gripe, la gripe española fue única. La mayoría de los científicos coinciden ahora en que el acontecimiento que la desencadenó, el salto de la cepa pandémica de las aves a los humanos, se habría producido independientemente de que el mundo estuviera o no en guerra, pero que la contienda contribuyó a que su virulencia fuera excepcional y ayudó a propagar el virus por el mundo. Resulta difícil imaginar un mecanismo de propagación más eficaz que la desmovilización, en plena oleada de otoño, de un gran número de soldados, que después viajaron a los cuatro confines del mundo donde los recibieron con eufóricas fiestas de bienvenida. Lo que la gripe española nos enseña es, básicamente, que es inevitable que se produzca otra pandemia de gripe, pero que mate a

diez millones o a cien millones de personas dependerá del mundo en el que surja.





Sexta parte
La redención de la ciencia

René Dujarric de la Rivière en un laboratorio del ejército, Calais, 1915.

13
Aenigmoplasma influenzae

En plena canícula del mes de agosto de 1914, un anciano Iliá Méchnikov, exiliado ruso y premio Nobel, «lugarteniente» de Louis Pasteur y mentor de Yákov Bardakh, Wu Lien-teh y otros, se abrió paso por un París inmerso en la movilización para llegar al Instituto Pasteur, uno de los principales centros del mundo dedicado al estudio de las enfermedades infecciosas y la producción de vacunas. Al llegar, lo encontró bajo control militar. La mayoría de los científicos más jóvenes se habían ido para prestar servicio activo y habían matado a todos los animales de experimentación. El hombre que había renunciado a Dios a la edad de ocho años, que creía fervientemente que el progreso de la civilización dependía del avance de la ciencia, inspeccionó su imperio desierto y se estremeció.

Louis-Ferdinand Céline inmortalizó en su novela *Viaje al fin de la noche* a Méchnikov como Serge Parapine, un genio excéntrico y demente que «conservaba en las mejillas suficiente pelo como para tener el aspecto de un fugitivo», caminaba furioso y murmuraba por los malolientes pasillos del renombrado instituto parisino en el que trabajaba. Los demás habitantes del instituto eran «alumnos entrecanos, con paraguas, aturdidos por la rutina meticulosa, las manipulaciones desesperantemente repulsivas, atados por salarios de miseria durante toda su vida adulta a aquellas pequeñas cocinas de microbios, recalentando aquel interminable estofado de raspaduras vegetales, cobayas asfícticos y otras porquerías». Sin emargo, como Méchnikov intuyó aquel día de verano, esa época que Céline describió

de un modo tan cáustico, en la que pese a todo se habían ganado importantes batallas contra las enfermedades de masas y prosperaba la fe en la ciencia, estaba a punto de tocar a su fin.

Pero antes había una guerra que librar y enfermedades que contener. Uno de los jóvenes científicos que abandonaron el Instituto Pasteur cuando estalló la guerra fue René Dujarric de la Rivière, un aristócrata de veintinueve años del Périgord al que, como a otros coetáneos suyos, se había tragado la red de laboratorios del ejército. Cuatro años más tarde, cuando se produjo la segunda oleada de gripe española, se encontraba trabajando en el laboratorio central del ejército en la ciudad de Troyes. «Estaba allí, en la región de la Champaña, cuando llegó un contingente de artillería que se dirigía al frente. Nunca partieron. Todos ellos, hombres y oficiales por igual, enfermaron de repente y tuvieron que ser hospitalizados con urgencia».[1] El ejército puso en marcha una campaña de inmunización en la que se utilizó la vacuna contra las bacterias causantes de la neumonía desarrollada en el Instituto Pasteur antes de la pandemia. Dujarric había pasado un tiempo en el laboratorio de Richard Pfeiffer en Breslavia, donde a Pfeiffer, conocido por sus colegas como el «*Geheimrat*» o consejero privado, se le trataba con un profundo respeto, pero había empezado a dudar de que el bacilo de Pfeiffer fuera el verdadero causante de la gripe.

No era el único. El bacilo de Pfeiffer, cuyo nombre científico es *Haemophilus influenzae*, es una bacteria que se aloja en la nariz y la garganta, y causa infecciones, algunas de ellas graves, pero aunque se había encontrado en muchos de los casos de gripe analizados, no estaba presente en todos ellos. En Nueva York, los bacteriólogos William Park y Anna Williams, del departamento de sanidad de la ciudad, habían extraído muestras de tejido pulmonar en decenas de

autopsias de víctimas de la gripe y después habían cultivado las bacterias colonizadoras en gel de agar para identificar las especies presentes. Descubrieron que, incluso cuando el bacilo de Pfeiffer era una de ellas, parecían existir diferentes cepas. Era extraño: en una pandemia se espera encontrar siempre la misma cepa. Y sin embargo no era la única bacteria presente: había montones de estreptococos, estafilococos y neumococos, que también podían causar enfermedades respiratorias. Alexander Fleming, a la sazón capitán del cuerpo médico del ejército británico, había corroborado los resultados de Park y Williams utilizando tejidos de Étaples, entre otros lugares. Algunos habían ido un poco más lejos. Ya en 1916, Milton Rosenau, un médico de Boston, había expresado sus sospechas de que el agente causante de la gripe fuera un virus, un organismo lo suficientemente pequeño como para atravesar los poros de los filtros de porcelana de Chamberland que por entonces se utilizaban habitualmente para atrapar a las bacterias de un líquido, y de ahí que fuera conocido comúnmente como «virus filtrable».

Es probable que Dujarric estuviera al corriente del trabajo de Fleming, y posiblemente también del de Park y Williams, y de las sospechas de Rosenau. En 1915, antes de trasladarse a Troyes, había dirigido el laboratorio del ejército para la región norte, en Calais, donde se cruzó con sir Almroth Wright, el británico que inventó la vacuna de la fiebre tifoidea. Wright había requisado el casino de la cercana Boloña para instalar un laboratorio (sustituyeron las mesas de juego por camas y cubrieron las lámparas de araña con sábanas de lino) y había puesto a su colega más joven Fleming y a otros a trabajar en él. Compartían el espacio con un hospital estadounidense creado por la Universidad de Harvard. Wright ya era muy conocido y el casino recibía un flujo constante de visitas. Se llevaba bien con los franceses,

según el biógrafo francés de Fleming, André Maurois (que ejercía de intérprete y oficial de enlace con el ejército británico), pese a las diferentes actitudes de los británicos y los franceses hacia la guerra. Para los franceses, era una ceremonia casi religiosa recibir un trato solemne, mientras que los británicos cumplían con su deber y aprovechaban cualquier oportunidad que se presentara para relajarse. Maurois cuenta que Fleming y otro hombre, probablemente Wright, estaban un día disfrutando de un combate de lucha libre cuando se abrió la puerta y entró una delegación de veteranos médicos del ejército francés. Los luchadores se levantaron de un saltó y entablaron de inmediato un debate científico con los visitantes. Según recordaba un testigo: «Nunca olvidaré la expresión en los rostros de los médicos franceses al descubrir aquella escena».

Puede que no estuvieran de acuerdo sobre el lugar que debían ocupar los deportes de contacto en una guerra, pero empezaban a compartir la opinión de que el bacilo de Pfeiffer podría no ser el causante de la gripe. Esta idea ya flotaba en el aire cuando un día de principios de octubre de 1918 Dujarric se encontró mientras caminaba por las calles de Troyes con su viejo amigo y colega pasteuriano Antoine Lacassagne, al que no había visto desde antes de la guerra. Lacassagne había sido enviado a Troyes para ayudar a vacunar a las tropas. «Tras charlar un momento, me hizo una propuesta curiosa. Dujarric me pidió que le hiciera el favor de inyectarle la [sangre] filtrada de un paciente de gripe, un experimento que creía que podría corroborar su hipótesis. Yo señalé el dilema moral que eso me creaba, pero finalmente me convenció de que era preferible que lo hiciera yo, en las mejores condiciones, a que se inyectara él mismo, algo que de todos modos estaba dispuesto a hacer. Le administré la inyección la mañana del martes 8 de octubre en su laboratorio del ejército», recordaba Lacassagne años

más tarde.[2]

Lacassagne tuvo que marcharse a París al día siguiente y no se enteró de los resultados del experimento hasta varios meses después. Dujarric se sintió bien durante dos días y después notó los primeros síntomas. Consiguió describir la evolución de la enfermedad: «El tercer y el cuarto día, tras un ataque repentino, un intenso y persistente dolor de cabeza frontal, dolor generalizado [...] temperatura entre 37,8º y 38,2º [...] Cuarta noche agitada, pesadillas, sudores. Al quinto día desapareció el dolor; euforia muy placentera después de la indefinible sensación de malestar que había caracterizado los dos días anteriores [...] En los días siguientes todo volvió a la normalidad, a excepción de una fatiga persistente; después, al séptimo día, aparecieron síntomas cardíacos que persisten: dolor en el pecho intermitente pero muy desagradable, pulso irregular, problemas para respirar al menor esfuerzo».

En un segundo experimento realizado varios días más tarde, se aplicó en la garganta una emulsión filtrada de esputo de pacientes de gripe y esperó, pero, al no experimentar más síntomas, llegó a la conclusión de que el primer experimento le había inmunizado contra el segundo. Milagrosamente, teniendo en cuenta su estado de salud y el caos que le rodeaba, consiguió poner por escrito sus hallazgos y enviárselos al director del Instituto Pasteur, Émile Roux, en pocos días. En el informe que Roux presentó en su nombre ante la Academia de Ciencias de Francia el 21 de octubre, Dujarric reconocía que solo se trataba de un estudio preliminar, pero la clave era que la sangre que se había inyectado estaba filtrada y, por tanto, libre de bacterias, lo que planteaba la posibilidad de que la gripe fuera causada por un virus.[3]

¿Qué entendía Dujarric por un virus? Es posible que tampoco él estuviera muy seguro. Todo lo que pudo decir

fue que se trataba de algo más pequeño que una bacteria y que era capaz de transmitir una enfermedad. No obstante, probablemente habría dudado antes de describirlo como un organismo vivo (de hecho, el debate sobre si un virus está vivo o muerto continúa en la actualidad: ¿se puede considerar que un organismo está vivo si es incapaz de reproducirse por sí mismo?) y puede que, como mínimo, contemplara la posibilidad de que lo que se había inyectado fuera algo más parecido a un veneno.

Casualmente, otros dos pasteurianos, Charles Nicolle y Charles Lebailly, publicaron en las mismas actas de la academia una conclusión idéntica. Trabajaban en la filial del Instituto Pasteur en Túnez y a principios de septiembre habían inoculado a un mono y a dos voluntarios humanos el esputo de un paciente de gripe española, sin filtrar en el caso del mono y filtrado en el de los humanos. El mono, al que habían inyectado el inóculo en el interior de los párpados y las fosas nasales (que se consideran parte de la vía aérea), presentó los síntomas de una enfermedad similar a la gripe al cabo de unos días: fiebre, pérdida de apetito y desgana. El humano al que se administró el filtrado por vía subcutánea enfermó el mismo día, pero al que se le inyectó en la sangre no contrajo la enfermedad. Nicolle y Lebailly llegaron a la conclusión de que el causante de la enfermedad era un virus filtrable que no se podía transmitir por vía sanguínea.

Dujarric de la Rivière, Nicolle y Lebailly fueron los primeros en publicar, por separado pero de manera simultánea, el hallazgo de que probablemente el causante de la gripe fuera un virus. Antes de que terminara 1918, científicos alemanes, japoneses y británicos habían realizado experimentos parecidos y llegado a conclusiones similares. El alemán Hugo Selter, de la Universidad de Königsberg, había experimentado consigo mismo, como Dujarric. La primera mitad del siglo XX fue una época de

autoexperimentación (Méchnikov se había inoculado a sí mismo el cólera, entre otras enfermedades potencialmente mortales), pero tal vez resultaba más fácil arriesgar la propia vida cuando todos los que te rodeaban lo estaban haciendo, es decir, en tiempos de guerra. Los miembros del equipo británico, que publicaron un informe inicial de sus hallazgos en diciembre de 1918, no experimentaron consigo mismos. Sin embargo, uno de ellos, Graeme Gibson, estaba preparando un informe complementario cuando, agotado tras pasar muchas horas en el laboratorio del ejército en Abbeville, cerca de Étaples, contrajo la gripe. Murió antes de que fuera publicado en el mes de marzo siguiente.

Pese a su valentía, la credibilidad de los hallazgos de estos científicos está en entredicho. Los experimentos se realizaron durante la pandemia, en un momento en el que habría sido imposible garantizar que los laboratorios estuvieran sin contaminar por el ubicuo virus de la gripe, por lo que es difícil saber cuál fue la vía de infección de los sujetos de sus experimentos. Cualquiera que haya prestado atención habrá advertido que los resultados de Dujarric y los de Nicolle y Lebailly se contradecían entre sí: Dujarric creía haberse contagiado la gripe inyectándose un filtrado en la sangre, mientras que la pareja de Túnez descartó que la sangre fuera una vía de transmisión. Nicolle y Lebailly tenían razón: la gripe no se transmite por la sangre, por lo que Dujarric no pudo contraerla con la inyección que le administró Lacassagne. Es probable que la contrajera por la vía habitual, la aérea, al inclinarse sobre los cuatro soldados gravemente enfermos a los que extrajo sangre para preparar el experimento, y que desarrollara los síntomas tras el periodo habitual de incubación de dos o tres días. Dicho de otro modo, como sucede tan a menudo en la ciencia, Dujarric tenía razón por los motivos equivocados.

Rosenau y su colega John Keegan también realizaron

experimentos en Boston, en plena oleada de otoño, para demostrar que el agente causante de la gripe era filtrable, pero no pudieron transmitir la enfermedad. También otros fracasaron, y sus resultados fueron tan poco fiables como los de sus homólogos franceses. Por ejemplo, puede que una de las razones de que los voluntarios humanos no enfermaran fuera que habían estado expuestos al virus durante la oleada de primavera y habían adquirido cierta inmunidad. Sin embargo, en la comunidad científica del momento, cada uno interpretó los resultados en función de su teoría preferida. El propio *Geheimrat*, Richard Pfeiffer, seguía convencido de que «su» bacilo era el candidato más probable. Sus partidarios creían que si Rosenau no había encontrado ningún virus era porque no lo había (confiando en los datos, Rosenau estaba de acuerdo con ellos, un ejemplo de estar equivocado por las razones correctas). En cambio, cuando se trataba de explicar el problemático hallazgo de que el bacilo de Pfeiffer no estaba presente en los pulmones de algunas víctimas de la gripe, el bando de Pfeiffer culpó a los malos métodos e instrumentos. El hecho de que las vacunas antibacterianas hubieran demostrado cierta eficacia contra ella, ya que habían actuado contra las infecciones secundarias letales, no ayudó a penetrar en las sombras que rodeaban a la enfermedad.

Las sombras no empezarían a disiparse hasta los años treinta. Uno de los aspectos peculiares de la pandemia de 1918 fue que coincidió con una epidemia de una enfermedad muy parecida en los cerdos, tan similar, de hecho, que se la denominó «gripe porcina». En aquel momento, los veterinarios creyeron que se trataba de una enfermedad nueva en el ganado porcino, pero a partir de entonces se declaró periódicamente en las piaras. En 1931, después de uno de estos brotes, el virólogo estadounidense Richard Shope confirmó lo que Dujarric, Selter y otros habían

intentado demostrar con anterioridad en circunstancias mucho más complicadas: que la gripe era causada por un virus filtrable. Dos años más tarde, un equipo de científicos británicos que trabajaba en el Instituto Nacional de Investigación Médica de Londres lo confirmó en los humanos. Después de que un hurón estornudara en la cara de uno de ellos, Wilson Smith, este contrajo la gripe. Demostraron que un agente filtrable podía transmitir la gripe de un hurón a un humano y viceversa (todavía no se sabía si ese agente era un organismo o una toxina, aunque para 1950 el equipo de Londres había concluido, acertadamente, que se trataba de un organismo).

La vasta y compleja biología de la gripe se empezó a desarrollar a partir de los humildes comienzos del estornudo de un hurón. Cuando un virus infecta a una persona, sus células inmunitarias secretan unas proteínas llamadas anticuerpos que se adhieren al virus y lo desactivan. Los anticuerpos pueden permanecer en la sangre durante años después de que haya pasado la infección, dejando constancia de infecciones anteriores, y en los años treinta, los científicos ya disponían de pruebas para detectarlos en el suero (el líquido transparente en el que flotan todos los demás componentes de la sangre).

Cuando vieron que los anticuerpos generados durante un brote de gripe no protegían necesariamente a las personas contra otro, comprendieron que existían diferentes variantes de la gripe. Identificaron tres tipos de gripe (recientemente se ha añadido un cuarto): A, B y C. Los tipos A y B causan epidemias, pero solo A causa pandemias. El tipo C es más leve y menos contagioso que los otros dos. Huelga decir que el virus que causó la gripe española fue de tipo A.

Una de las razones de que a los científicos les costara tanto creer que un virus hubiera causado la pandemia era que no podían cultivarlo en una placa de Petri, a diferencia

de las bacterias oportunistas que invadían los pulmones de los pacientes ya infectados con gripe, e independientemente de qué gel nutritivo utilizaran. «Cultivar», en este sentido, significa inducirlo a producir más copias de sí mismo. Sin embargo, como ya sabemos, un virus no puede reproducirse fuera de una célula huésped. Para que un virus penetre en una célula huésped, las estructuras proteicas de su superficie, llamadas antígenos, deben unirse primero a los receptores en la superficie de la célula. Tienen que encajar muy bien, como una llave y una cerradura, y cuando lo hacen, se desencadena una cascada de fenómenos moleculares que permite al virus penetrar en la célula (un anticuerpo funciona adhiriéndose a uno de esos antígenos, impidiendo así que se una al receptor del huésped). Una vez dentro de la célula, el virus se apodera de la maquinaria reproductora de la célula para fabricar copias nuevas de sus componentes. Estas se ensamblan en nuevos virus que escapan de la célula, matándola en el proceso, y proceden a infectar nuevas células. En los humanos, el virus de la gripe invade las células que revisten el tracto respiratorio, dañando ese revestimiento cuando las células mueren. El resultado son los síntomas de la gripe.

En 1931, el mismo año en que Shope identificó un virus como el causante de la gripe porcina, los patólogos estadounidenses Alice Woodruff y Ernest Goodpasture lograron cultivar un virus en un huevo de gallina fertilizado. Esto fue el resultado de su observación de que se podían infectar los huevos de gallina con una enfermedad de las aves de corral llamada viruela aviar, causada por un virus. Su logro permitió cultivar virus en grandes cantidades en el laboratorio, libres de contaminación por bacterias. Esto, a su vez, permitió a los científicos estudiarlos con tranquilidad, sin necesidad de que hubiera una epidemia, y empezar a desarrollar vacunas contra ellos. La primera vacuna contra

la gripe la inventó un ruso, A. A. Smorodintseff, en 1936. Tomó un virus de la gripe y lo cultivó en un huevo, después extrajo la progenie del virus que no se replicaba tan bien y la cultivó en otro huevo. Repitió este proceso treinta veces hasta que obtuvo un virus que no se replicaba muy bien, otra manera de decir que era leve, y se lo inyectó a humanos. Los primeros cobayas humanos presentaron una fiebre apenas perceptible, pero quedaron protegidos contra una nueva infección por el virus de la gripe.

La vacuna de Smorodintseff se administró a los obreros rusos con el fin de reducir el absentismo causado por las enfermedades respiratorias. El mismo tipo de vacuna se usó durante los cincuenta años siguientes en la Unión Soviética y fue administrada a más de mil millones de rusos. Pero solo protegía contra la gripe A y también tenía otras limitaciones, entre las que destaca que el virus podía seguir reproduciéndose en el receptor e incluso recuperar su virulencia. Posteriormente, los científicos descubrieron que podían impedir que se replicara tratándolo con formaldehído. Aunque se necesitaban cantidades mucho mayores, el virus «inactivado» seguía protegiendo contra la reinfección.

Se desarrollaron vacunas que protegían contra más de un tipo de gripe, las llamadas vacunas polivalentes. En 1944, los soldados estadounidenses que llegaron a Europa para combatir en la segunda guerra mundial habían recibido la primera vacuna contra la gripe que contenía virus inactivados de más de un tipo. Una de las personas que trabajaron en su desarrollo fue Jonas Salk, quien se haría famoso por inventar la vacuna de la polio (y cuyo nombre era más conocido entre los estadounidenses que el de su presidente en los años cincuenta). Su fascinación por los virus comenzó a principios del siglo XX, cuando los virólogos del mundo, algunos de ellos en su Nueva York natal, estaban

intentando resolver el misterio de la gripe española.

Para los años cuarenta, los científicos habían clasificado la gripe, se la habían inoculado a toda clase de incautos animales e incluso, en un tributo al ingenio humano, habían desarrollado vacunas contra ella. Pero incluso después de que se hubieran disipado todas las dudas sobre la existencia del virus de la gripe, este siguió siendo un animal mitológico, algo parecido al *leprechaun* o al bosón de Higgs antes de que su existencia fuera confirmada en 2012, porque nadie lo había visto. Pertenecía a esa categoría de seres que Émile Roux había denominado *êtres de raison,* o seres de razón, en un artículo premonitorio escrito en 1903: organismos cuya existencia se puede deducir de sus efectos pese a no haber sido detectados nunca directamente.[4]

El problema era que, incluso con la ayuda de un microscopio óptico, existía un límite para el tamaño de los objetos que se podían ver. Básicamente era imposible ver cualquier cosa más pequeña que la longitud de onda de la luz visible. Los glóbulos rojos eran visibles, y también algunas de las bacterias que los infectaban, pero no un virus, que es más pequeño. Dos alemanes, Max Knoll y Ernst Ruska, rompieron esa barrera a principios de los años treinta, cuando inventaron el microscopio electrónico. Un electrón, como un fotón de luz, se comporta como una onda y como una partícula, pero su longitud de onda es centenares de veces más corta que la de un fotón. El virus de la gripe se pudo ver por primera vez en 1943, veinticinco años después de que Dujarric de la Rivière pusiera en peligro su vida para demostrar que existía.

Tiene un tamaño mediano, dentro de los virus, y es casi esférico (aunque a veces puede tener forma de bacilo): una diminuta gota de proteína que rodea un núcleo de información genética aún más diminuto. Está envuelto por una membrana, en la que se encuentra el importante

antígeno llamado hemaglutinina (H). El antígeno H parece una piruleta. Su cuerpo se proyecta hacia la membrana, mientras que su cabeza redonda aunque contorneada sobresale hacia el exterior. De hecho, algunos virus de la gripe, incluidos los virus de la gripe A que causan pandemias, tienen no uno, sino dos antígenos principales en su superficie. La hemaglutinina es la palanca metafórica que permite al virus irrumpir en la célula, mientras que la neuraminidasa (N), el segundo antígeno, es el cortavidrios que le permite volver a salir.

El material genético de la gripe está formado por ARN monocatenario, a diferencia del ADN bicatenario de los humanos, y este ARN está empaquetado en ocho segmentos (para simplificar, los llamaremos genes). Dos de estos genes se traducen en las proteínas de la superficie H y N, mientras que los otros seis, los llamados genes internos, codifican proteínas que modulan funciones como la capacidad del virus para replicarse o para rechazar la respuesta inmunológica del huésped. Cuando el virus de la gripe se reproduce, tiene que copiar estos genes, pero como el ARN es menos estable químicamente que el ADN, el mecanismo de copia es descuidado y se producen errores. Esta falta de cuidado es la clave de la famosa inestabilidad de la gripe, de esa capacidad que posee para generar un sinfín de nuevas variaciones de sí misma, ya que los errores a nivel genético se traducen en cambios estructurales en las proteínas que codifican e incluso los más ínfimos pueden tener un gran impacto. Por ejemplo, cada año se reemplazan aproximadamente el 2 por ciento de las unidades, llamadas aminoácidos, de que están compuestas las proteínas superficiales de la gripe. Eso es suficiente para alterar la forma del antígeno H, de modo que un anticuerpo que antes se fijaba bien ya no puede hacerlo tan bien. El virus «escapa» a la inmunidad del huésped, parcialmente, y causa

un nuevo brote estacional. Esta es la razón de que cada año haya que actualizar las vacunas contra la gripe.

A la lenta acumulación de estos errores se la denomina «deriva», pero la gripe también puede reinventarse de un modo más radical. Esto sucede cuando dos virus de la gripe diferentes se encuentran en un único huésped, intercambian genes y generan uno nuevo; por ejemplo, un virus con una nueva combinación H-N. Este tipo de cambio, llamado «desplazamiento» o, de forma más memorable, «sexo viral», suele desencadenar una pandemia, ya que un virus radicalmente distinto exige una respuesta inmunológica radicalmente diferente y se requiere tiempo para movilizarla. Si los dos virus «progenitores» proceden de dos huéspedes diferentes, de un humano y de un ave, por ejemplo, su encuentro puede dar lugar a la introducción de un antígeno que es nuevo para los humanos en un virus adaptado a ellos. Cada pandemia de gripe del siglo XX fue desencadenada por la aparición de un nuevo H en la gripe A: H1 en 1918, H2 en 1957 y H3 en 1968.

Una vez que el sistema inmunológico se han movilizado contra el nuevo virus, este establece un equilibro más estable con su huésped. La pandemia pasa, pero el virus continúa circulando, en una variante benigna y estacional, y provoca brotes ocasionales a medida que va evolucionando gracias a la deriva. Este equilibrio se mantiene hasta que surge un nuevo virus. Sin embargo, un H antiguo también puede causar una pandemia nueva si surge en una población sin experiencia inmunológica previa del mismo, es decir, en una generación que nunca haya estado expuesta a él. Dicho de otro modo, puede reciclarse a lo largo de la duración de la vida humana. Hay algunas pruebas de que el H3 que causó la pandemia de gripe de «Hong Kong» de 1968 también fue el causante de la gripe rusa de los años ochenta del siglo XIX, mientras que el H1 causó la gripe española de 1918 y la

llamada «gripe porcina» (en realidad, una gripe humana) de 2009. Un nuevo antígeno N también podría ser capaz de desencadenar una pandemia (es un tema de debate en la actualidad) y, hasta la fecha, hay dieciocho variedades conocidas de H y once de N. Actualmente, los virus de la gripe A se clasifican por subtipos, en función de las versiones de estos dos antígenos que contengan. Un subtipo también se puede dividir en cepas, dependiendo de la estructura de sus genes internos. El subtipo que causó la gripe española fue el H1N1, todo unos, un eco fantasmal de la «enfermedad once», como la apodaron los médicos del ejército francés, al otro lado del abismo de conocimiento.

14
Cuidado con el corral

La cepa H1N1 que causó la gripe española, extinta hasta 2005, está hoy en día bien viva (si es que se puede decir que un virus está vivo) y encerrada en una instalación de contención de alta seguridad en Atlanta, Georgia. Fue resucitada con la finalidad de realizar estudios científicos, aunque no todo el mundo estaba convencido de que fuera una decisión acertada. Algunos científicos acusaron a los responsables de haber revivido «el agente biológico tal vez más eficaz actualmente conocido». Sostenían que, como el método para su reconstrucción estaba disponible en Internet, «su producción por científicos deshonestos es ahora una posibilidad real».[1]

Los investigadores que han reanimado el virus (dos grupos, hasta la fecha) respondieron que les ayudaría a dar respuesta a preguntas fundamentales sobre lo que sucedió en 1918 y a impedir que se vuelva a producir una catástrofe similar. El virus permanece a buen recaudo en un laboratorio con un nivel de bioseguridad 4 y nadie lo ha liberado al mundo, y ha arrojado luz sobre la pandemia de 1918, por lo que, por ahora, el análisis de costes y beneficios se inclina a favor de quienes lo revivieron.[2]

En los años noventa del siglo XX aún había muchas cuestiones pendientes sobre la gripe española. Fue diferente a todas las pandemias de gripe que se recuerdan e incluso a algunas de las que solo tenemos conocimiento gracias a los textos históricos. Fue la más mortífera. Aunque lo que la inmensa mayoría de las víctimas experimentó no fue mucho peor que una gripe estacional, causó un porcentaje de

muertes mucho mayor, al menos del 2,5 por ciento frente al 0,1 por ciento de otras pandemias de gripe (lo que la convierte en al menos veinticinco veces más letal). Fue despiadada y también había más probabilidades de que se complicara con una neumonía, que a menudo era la causa última de la muerte. Su «curva» de mortalidad tenía forma de W, no de U, como es habitual en el caso de la gripe, y los adultos con edades comprendidas entre los veinte y los cuarenta años fueron especialmente vulnerables, así como los muy pequeños y los muy mayores. Parece que hubo tres oleadas, pero las dos primeras se presentaron de manera tan diferente (se confundió la primera con la gripe estacional y la segunda con la peste neumónica), que muchos dudaron de que las causara el mismo organismo (la tercera, cuya virulencia fue intermedia entre la de las otras dos, suscitó menos curiosidad). Las pandemias de gripe anteriores solían tardar tres años en dar la vuelta al mundo, pero esta lo recorrió en dos a lo sumo. Y por último, no estaba claro de dónde provenía. Se propusieron como lugares de origen Francia, China y Estados Unidos.

En lo único en lo que la mayoría estaba de acuerdo era en que probablemente tuvo su origen en las aves. Desde los años setenta, cuando el veterinario estadounidense Richard Slemons aisló el virus de un pato salvaje, se ha considerado que las aves acuáticas silvestres son el reservorio natural de la gripe A.[3] Su descubrimiento animó a otros científicos a realizar estudios sobre las poblaciones de aves silvestres y, gracias a sus esfuerzos, sabemos que las aves acuáticas albergan una gran diversidad de cepas de gripe, no en sus pulmones como los humanos, sino en el tracto digestivo, y que, por lo general, no sufren ningún efecto adverso. Liberan el virus en el agua a través de sus excrementos, de donde lo contraen otras aves, y las diferentes cepas que se encuentran en una misma ave pueden intercambiar sus

genes para generar una nueva. Los patos son incubadores de la gripe especialmente eficaces. Cuando el virólogo francés Claude Hannoun estudió cinco especies de patos migratorios en el estuario del Somme poco después del descubrimiento de Slemons, descubrió que entre todas albergaban en torno a un centenar de cepas diferentes de la gripe. A menudo, un ave albergaba más de una cepa y algunas eran híbridas y no coincidían con ningún subtipo conocido. En otras palabras, Hannoun había sorprendido a la gripe in fraganti, en pleno proceso de evolución.[4]

Sin embargo, en los años noventa nadie sospechaba que un virus de la gripe aviar pudiera infectar a los humanos o causar una pandemia. Los receptores de las células que revisten un pulmón humano tienen una forma diferente a los de las células que revisten el intestino de un pato y la idea predominante era que, para que el virus saltara a los humanos, era necesario un huésped intermediario en el que pudiera adaptarse de un tipo de receptor a otro. Se pensó que ese huésped intermediario eran los cerdos. Las células que recubren el tracto respiratorio de los cerdos tienen receptores a los que se pueden unir virus de la gripe aviares y humanos, lo que significa que los cerdos son un crisol ideal para que se mezcle una nueva cepa que pueda infectar a los humanos.

John Oxford, el hombre que propuso el origen francés de la gripe española, siguió esta línea de pensamiento y observó que Étaples se encontraba a solo cincuenta kilómetros del estuario del Somme, una importante zona de paso en la ruta de las aves acuáticas que migran desde el Ártico a África, y que el campamento tenía su propia pocilga. Los proveedores del campamento llevaron aves de corral vivas que habían comprado en las aldeas vecinas y puede que algunas de estas aves domésticas estuvieran infectadas tras haberse mezclado con las aves silvestres que pasaron por la bahía. (A modo de

comparación, el condado de Haskell, el supuesto origen de la pandemia en Kansas, se encuentra a 200 kilómetros de los humedales más cercanos, Cheyenne Bottoms, en el condado de Barton, mientras que los humedales más cercanos a Taiyuan, la capital de Shanxi, están a 500 kilómetros de distancia y más allá de las fronteras provinciales.) La muerte en 1997 de un niño en Hong Kong a causa de un subtipo de la gripe que era conocido en las aves pero no se había detectado con anterioridad en los humanos, el H5N1, fue lo que hizo que se planteara la aterradora posibilidad de que un virus de la gripe se pudiera transmitir directamente de las aves a los humanos. En este punto, cabía formularse la siguiente pregunta: ¿podría haber sucedido esto en 1918?

En los años noventa, la secuenciación genética se había convertido en una potente herramienta y los científicos habían empezado a confiar en que pudiera ayudarlos a resolver el enigma de la gripe española. Un gen está formado por miles de unidades llamadas bases. Si podían determinar la secuencia de esas unidades en los ocho genes del virus de la gripe española y compararla con la de otros virus de la gripe, quizá podrían descubrir por qué la pandemia fue tan atípica. Desgraciadamente, en los años noventa la gripe española era un recuerdo lejano, por lo que el primer desafío era obtener una muestra del virus. Eso significaba encontrar tejido pulmonar infectado que se hubiera conservado durante casi ochenta años, y no solo tenía que haber sobrevivido el tejido, sino también los registros correspondientes. La carrera había empezado: los patólogos comenzaron a rastrear el planeta en busca del esquivo microbio.

El primer atisbo de éxito llegó en 1996, cuando la bióloga Ann Reid y el patólogo Jeffery Taubenberger lo descubrieron oculto casi a simple vista en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos (AFIP)

en Washington DC, donde trabajaban. Se encontraba en una muestra de pulmón que había estado almacenada allí desde que un patólogo del ejército se la extirpara a Roscoe Vaughan, un soldado raso de veintiún años que había muerto en un campamento militar de Carolina del Sur en septiembre de 1918. El tejido había sido tratado con formaldehído y conservado en cera de parafina. El formaldehído había dañado el ARN del virus, por lo que los científicos solo pudieron secuenciar fragmentos del mismo (más tarde consiguieron una segunda muestra con gripe en el AFIP), pero publicaron estas secuencias parciales en 1997 y dio la casualidad de que un médico de San Francisco llamado Johan Hultin leyó su estudio.

A Hultin, que por entonces tenía más de setenta años, siempre le había interesado la gripe española. Ya en 1951, cuando era un aplicado estudiante de medicina, se había propuesto encontrar el virus. Sabía que en Alaska había lugares en los que habían muerto muchas personas y las habían enterrado en fosas comunes, y pensó que si el permafrost las había conservado, tal vez pudiera extraer el virus de sus restos. Organizó una expedición a la localidad de Brevig Mission, en la península de Seward (situada a unos 800 kilómetros al norte de Dillingham), que en 1918 había perdido al 85 por ciento de su población en cinco días, y, tras obtener permiso del consejo municipal, excavó la fosa donde habían enterrado a las víctimas. Encontró tejido pulmonar y se lo llevó con la intención de analizarlo en el laboratorio. Pero era 1951. Aunque los científicos sabían que los virus existían, pese a que los habían visto a través de los microscopios electrónicos y los habían cultivado en huevos, no podían extraer los frágiles organismos de un tejido con décadas de antigüedad que, pese al engañoso término «permafrost», había pasado por ciclos de congelación y descongelación potencialmente perjudiciales. Hultin aparcó

el proyecto y se dedicó a otras cosas.

Casi cinco decenios más tarde, Hultin apenas titubeó y regresó, solo, a la misma fosa común. Esta vez descubrió los restos de una mujer que había padecido sobrepeso, de modo que la grasa del torso había protegido a los pulmones de los estragos de la descomposición. Empaquetó el tejido pulmonar, se lo envió a Taubenberger, sustituyó las dos grandes cruces con las que habían señalado la fosa en 1951 y se habían podrido, y regresó en avión a San Francisco. Taubenberger consiguió extraer el ARN viral del tejido, aunque también estaba dañado (esta vez por el ciclo de congelación y descongelación), y secuenciar más fragmentos. En 2005, tras nueve años «cosiendo» minuciosamente las secuencias parciales, él y Reid publicaron la primera secuencia completa del virus de la gripe española (desde entonces el equipo de Taubenberger ha repetido esta hazaña en un par de semanas utilizando una nueva técnica de secuenciación muy potente). Obtuvieron más secuencias parciales de muestras almacenadas en archivos hospitalarios de Londres.

Lo primero que Reid y Taubenberger observaron en la secuencia fue lo similar que era a las secuencias de gripe aviar conocidas. El virus había conservado gran parte de su estructura similar a la de la gripe aviar, lo que podría explicar por qué fue tan virulento: se trataba de un invasor muy extraño que había tomado por asalto el sistema inmunológico humano en 1918, pero que aún podía reconocer células humanas, es decir, unirse a ellas. En otras palabras, era un formidable vehículo de transmisión de la enfermedad. El siguiente paso natural era reconstruirlo, aunque reflexionaron detenidamente sobre la conveniencia de hacerlo. Con el virólogo Terrence Tumpey y otros científicos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, «suministraron» la

secuencia viral a células renales humanas cultivadas en una placa de Petri, obligándolas a producir el virus del mismo modo que un virus obliga a una célula huésped a hacerlo durante el proceso de infección normal. Después infectaron a ratones y comprobaron lo formidable que era.

El principal síntoma de una infección de gripe en los ratones es la pérdida de apetito y de peso. Dos días después de que el equipo de Tumpey inoculara a los ratones el virus resucitado, estos habían perdido el 13 por ciento de su peso corporal. Al cabo de cuatro días, tenían casi 40.000 veces más partículas virales en sus pulmones que los ratones infectados con una cepa estacional. Y seis días después de la infección, todos estaban muertos, mientras que los ratones de control aún seguían vivos. Los ratones no son humanos, pero el contraste fue espectacular.

Cuando un virus invade el cuerpo humano, el sistema inmunológico entra de inmediato en acción. En cuestión de minutos, las células inmunitarias comienzan a secretar una sustancia llamada interferón que bloquea la síntesis de nuevas proteínas, deteniendo la producción de nuevos virus. Pero tras milenios de coevolución con los humanos, la gripe ha desarrollado sus propios mecanismos para bloquear el interferón. Lo hace ocultando las pruebas de que ha secuestrado la maquinaria reproductora de la célula, de modo que el interferón no pueda desactivarla. El equipo de Taubenberger descubrió que el virus de 1918 era excepcionalmente bueno en esto, lo que le confería ventaja a la hora de replicarse.

El interferón es la primera línea de defensa del organismo, una respuesta rápida y generalizada a la invasión, que se activa mientras el sistema inmunológico prepara un rechazo que se ajuste mejor al invasor en cuestión. Si el interferón funciona, la invasión se detiene y el individuo apenas se siente mal. Si fracasa, eso significa que el virus ha sido capaz

de replicarse y se moviliza la segunda línea de defensa del organismo. Los anticuerpos y las células inmunitarias convergen en el lugar de la infección. Las células inmunitarias liberan unas sustancias químicas llamadas citoquinas que, entre otras cosas, aumentan el riego sanguíneo a los tejidos afectados para que puedan llegar hasta ellos más células inmunitarias. También matan a otras células huésped, si es necesario, para impedir que la infección se propague. El resultado es el enrojecimiento, el calor, la hinchazón y el dolor que denominamos colectivamente inflamación.

Una inflamación a una escala masiva es lo que los patólogos del mundo vieron en 1918: unos pulmones rojos hinchados que eran difíciles de tocar y rezumaban un líquido acuoso y sanguinolento. Los inmunólogos que releyeron sus informes desde los años cuarenta en adelante pensaron que aquellos patólogos habían sido testigos de los efectos de una «tormenta de citoquinas», una vehemente respuesta inmunológica de segunda línea que acabó ocasionando más daño que el virus que pretendía destruir. También fue esto lo que Taubenberger y sus colegas observaron en los animales infectados con el virus resucitado. Mientras que un virus estacional benigno provocaba una respuesta de citoquinas transitoria y un daño superficial y localizado al pulmón, la variedad de 1918 provocó una respuesta de citoquinas fuerte y prolongada, y un daño grave y profundo. Se extendía más allá de los bronquios, las principales vías respiratorias hasta los pulmones, y llegaba hasta los sacos pulmonares o alveolos.

Todos los virus que el equipo de Taubenberger había secuenciado hasta entonces provenían de individuos que habían muerto en el otoño de 1918, durante la oleada más mortífera de la pandemia.[5] Pero el banco del AFIP también conservaba tejidos de víctimas de la oleada de primavera. En

2011, cuando se había trasladado al Laboratorio de Enfermedades Infecciosas de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) en Bethesda, Maryland, Taubenberger publicó una comparativa de las secuencias genéticas que codifican el antígeno H de las dos oleadas. Esta puso de manifiesto que el virus había experimentado un cambio pequeño pero decisivo entre la primavera y el otoño, de forma que el antígeno H estaba ahora peor adaptado a las aves y mejor a los humanos. Tres cuartas partes de los casos de primavera tenían un antígeno H adaptado a las aves, mientras que tres cuartas partes de los casos de otoño tenían uno adaptado a los humanos.

Puesto que la inmensa mayoría de las personas que contrajeron la gripe española se recuperaron, centrarse en los pocos que murieron distorsiona los hechos. Sin embargo, el equipo del NIH también ha estudiados los historiales médicos de los campamentos militares estadounidenses entre 1917 y 1919, que registraron tanto los casos mortales como los casos en los que el paciente se recuperó. Muestran que, aunque la cifra total de casos de gripe disminuyó entre abril y agosto de 1918, es decir, entre las oleadas de primavera y de otoño, el porcentaje de los que se complicaron con una neumonía aumentó de manera constante a lo largo del mismo periodo. Las lesiones que crea el virus de la gripe en el revestimiento del tracto respiratorio pueden resultar infectadas por bacterias, ocasionando neumonía. Según Taubenberger, cuanto peor es la gripe subyacente, mayores son las probabilidades de que atraiga a bacterias oportunistas. De ahí que considerara que la etiqueta de neumonía en 1918 es un indicador que señala la presencia del virus pandémico y muy virulento. De estar en lo cierto, a lo largo el verano de 1918, el virus adquirió la capacidad de propagarse fácilmente entre los humanos.[6]

Tras reunir todas las pruebas, Taubenberger cree ahora

que el virus surgió en un contexto de gripe estacional en algún momento del invierno de 1917-1918 y que ya circulaba en unos niveles bajos en la primavera siguiente. Aún no se sabe si provenía directamente de un ave o se transmitió a través de un cerdo. En el verano de 1918, mutó y se volvió altamente contagioso entre los humanos. Este tipo nuevo y más virulento se propagó entre la población viral ese verano y en el otoño se declaró la enfermedad. Para entonces, el trasfondo estacional había remitido y no había nada que diluyera la variedad pandémica «pura».

No está claro qué fue lo que hizo que el virus mutara aquel verano pero, como ya hemos visto, la gripe no necesita mucha instigación para cambiar y es probable que las condiciones fueran propicias para que se produjera ese suceso. Grandes regiones del mundo afrontaban una hambruna y hay algunos indicios de que las carencias nutricionales en el huésped pueden desencadenar cambios genéticos en el virus de la gripe, haciendo que se vuelva más virulento (al tiempo que debilita la respuesta inmunológica del huésped).[7] Si aceptamos que la segunda oleada surgió en el frente occidental o cerca del mismo, allí abundaban las sustancias químicas y algunas de ellas, en particular el gas mostaza, se vuelven mutagénicas, lo que significa que podían inducir cambios genéticos en organismos vivos, incluidos los virus. Y esos mismos gases habían afectado a los pulmones de muchos de los jóvenes que estaban allí, volviéndolos idóneos para una invasión.

El biólogo evolutivo Paul Ewald siempre ha sostenido que el aumento de la virulencia del virus de la gripe ese verano fue una respuesta directa a las condiciones en el frente occidental.[8] Se suele decir que la estrategia óptima para el agente de una enfermedad infecciosa que se transmite directamente de un huésped a otro es moderar su virulencia, de forma que un huésped infectado permanezca vivo el

tiempo suficiente para poder propagar la enfermedad por todas partes. Pero si el reservorio de huéspedes no es muy móvil (su movimiento está limitado por el hecho de estar concentrado en las trincheras, por ejemplo) y si esos huéspedes están muriendo por otras causas, entonces el virus está sometido a menos presión evolutiva para que modere su virulencia. Ewald afirma que, en esas condiciones, no supone ninguna ventaja mantener vivo al huésped. Obviamente, el virus no tiene una estrategia, en el sentido de consciente de este término. Más bien, las cepas muy virulentas llegan a dominar las poblaciones virales a través de la selección natural, ya que tienen más probabilidades de sobrevivir y de reproducirse.

El sistema inmunológico humano tarda varios años en madurar y en la vejez pierde su potencia. Esta es la explicación que normalmente se ofrece para la característica forma en U de la curva de mortalidad de la gripe. Pero en 1918 también murieron muchos adultos que se encontraban en la plenitud de la vida. Algunos han sugerido que se debió precisamente a que su sistema inmunológico era tan robusto que eran vulnerables, ya que en ellos la tormenta de citoquinas era más agresiva. Sin embargo, esta explicación plantea un problema. Por lo que sabemos, el sistema inmunológico de una persona de quince años es tan robusto como el de una de veintiocho, pero, en 1918, los jóvenes de quince años se situaban en la primera depresión de la W: aunque enfermaron muchos, murieron relativamente pocos. Y hay algo más que requiere una explicación: la W no era simétrica. El trazo ascendente de la derecha estaba atenuado, lo que significa que, en general, los ancianos estaban más protegidos de lo habitual. En realidad, tenían menos probabilidades de morir en la pandemia de 1918 que en los brotes de gripe estacional de la década anterior.

Las respuestas a estos enigmas podrían hallarse en la

exposición anterior a la gripe de diferentes grupos de edad. Hay una corriente de pensamiento que sostiene que la respuesta del sistema inmunológico contra la gripe más eficaz es la que se produce contra la primera versión del virus con la que se encuentra. Todas las exposiciones posteriores provocan variaciones sobre esa respuesta que nunca encajan a la perfección con la nueva cepa. Hay indicios, basados en los análisis de los anticuerpos presentes en la sangre extraída a personas que vivieron en la primera mitad del siglo XX y conservados desde entonces, de que el subtipo de gripe responsable de la gripe rusa de los años noventa del siglo XIX fue el H3N8. De ser cierto, las personas con edades comprendidas entre los veinte y los cuarenta años en 1918, para quienes la gripe rusa fue probablemente su primera exposición a la gripe, estaban preparadas para hacer frente a subtipo muy diferente al de la gripe española y, en consecuencia, su respuesta inmunológica en 1918 fue inadecuada. Siguiendo esta misma lógica (aunque aún no se dispone de datos serológicos que respalden esta hipótesis), puede que los ancianos disfrutaran de cierta protección en 1918 debido a que ya habían estado expuestos a un subtipo de gripe que contenía o H1 o N1, que circuló entre los humanos en torno a 1830.

En cuanto a la pregunta sobre cuál fue el origen de la gripe española, nos gustaría saber la respuesta, ya que podría ayudarnos a identificar las condiciones que dieron lugar al denominado «evento de derrame», cuando un virus «salta» la barrera de las especies, y a reducir en lo posible las probabilidades de que vuelva a suceder. Para elegir entre las tres teorías actuales o identificar un origen geográfico que nadie haya propuesto aún, los científicos necesitarían comparar la secuencia del virus que causó la gripe española con las de los virus que causaron brotes de enfermedades respiratorias con anterioridad en esos lugares. Todavía no

pueden hacerlo, ya que las secuencias más antiguas de la gripe humana son las de la gripe española. En vista de que, hasta la fecha, han encontrado el virus en casi todos los lugares donde lo han buscado, es posible que, con el tiempo y con la ayuda de intrépidos buscadores de la gripe como Johan Hultin, aún salgan a la luz muestras viables que permitan realizar esas comparaciones. Ese sería el santo grial para Jeffery Taubenberger. Mientras tanto, no han permanecido ociosos. Otros investigadores han estado utilizando una técnica nueva para hacer conjeturas fundamentadas sobre cuál de los orígenes propuestos sería el más probable.

La técnica en cuestión se basa en el concepto de «reloj molecular». Todo organismo vivo debe copiar su material genético para reproducirse, pero como ya hemos visto, el mecanismo para hacerlo no es perfecto y el mecanismo de copia de la gripe es especialmente proclive al error. Algunos errores afectan al virus (se los denomina, acumulativamente, «deriva»), pero la mayoría son «silenciosos», lo que significa que no repercuten ni en su estructura ni función. En cualquier huésped, estos errores silenciosos se van acumulando a un ritmo constante, lo que significa que, contando las diferencias genéticas entre dos virus relacionados, se puede obtener una medida del tiempo transcurrido desde que se separaron de un antepasado común. Esto es un reloj molecular: lo único que tiene en común con un reloj real es que también mide el tiempo.

La gripe infecta a muchos animales, no solo a los humanos: a las aves y los cerdos, pero también a los perros, los caballos, los murciélagos, las ballenas y las focas. El biólogo evolucionista Michael Worobey ha comparado en la Universidad de Arizona todas las secuencias disponibles de los virus de la gripe que circulan en la actualidad o han circulado en diferentes huéspedes en el último siglo y ha

creado un árbol genealógico de la gripe. El virus acumula errores en porcentajes distintos en los diferentes huéspedes, pero como lo sabe y ha calculado esos porcentajes, puede hacer predicciones a posteriori acerca de cuándo nacieron varias cepas históricas y con qué parentesco. En 2014, Worobey informó de que siete de los ocho genes del virus de 1918 se asemejaban mucho a los genes de la gripe hallados en aves en el hemisferio occidental, concretamente en América del Norte.[9]

¿Pone esto fin a toda la fiebre especulativa sobre los orígenes de la gripe española? ¿Empezó en Kansas después de todo? El trabajo de Worobey es prometedor, sin ser definitivo. En general, los relojes moleculares no son tan fiables como la comparación de secuencias reales. No obstante, han acertado en ocasiones anteriores. En 1963 hubo un brote de gripe equina en los establos de carreras de Miami y acabó propagándose a los caballos de todos Estados Unidos. Worobey descubrió que la cepa de la gripe equina estaba relacionada con una cepa que por entonces circulaba entre las aves de Sudamérica, lo que corroboraba los informes de los veterinarios de que probablemente la gripe había llegado a Miami con algunos purasangres importados desde Argentina.

Sigue habiendo dudas, sobre todo acerca del problemático octavo gen, el que codifica el antígeno H1, que parece contar una historia diferente. El árbol genealógico de la gripe indica que podría haber estado circulando entre los humanos durante una década o más antes de 1918, momento en el que se recombinó con siete genes de la gripe aviar en un evento de desplazamiento que ocasionó la gripe española. Si fue esto lo que sucedió, podría explicar por qué enfermaron muchísimas personas con edades comprendidas entre los cinco y los quince años, pero no murieron, ya que habrían estado expuestas al antígeno H1 de bebés y preparadas

contra él. Sin embargo, esta hipótesis plantea algunos interrogantes, en particular por qué la aparición de este antígeno en los humanos no desencadenó una pandemia antes. Mientras los científicos continúan devanándose los sesos con este problema, los relojes moleculares pueden aportar más información, que podría ser aún más problemática.

El consenso actual es que, durante cientos de miles de años, si no millones, las aves silvestres han albergado una sopa primordial de virus de la gripe y algunos de ellos infectan de vez en cuando a los humanos. Se supone que, como en el caso del VIH, que procede de monos que habitan en los bosques africanos, perturbamos involuntariamente un reservorio ya existente, permitiendo al virus saltar a los humanos. Sin embargo, puede que las cosas sucedieran de un modo diferente y que seamos un actor mucho más importante de lo que pensamos en el ecosistema de la gripe.

Mientras desentrañaba el árbol genealógico de la gripe, Worobey observó que muchas de las ramificaciones de los linajes de la gripe aviar eran relativamente recientes, lo que significa que las aves son un reservorio joven desde el punto de vista evolutivo. En un fecha tan reciente como los tiempos bíblicos, en el año 212 a.C., cuando la gripe causó estragos entre los ejércitos de Roma y Siracusa en Sicilia, es posible que los humanos tuvieran más probabilidades de contraer la gripe de los caballos, otro animal con el que los humanos han vivido en un contacto estrecho desde la revolución agrícola. En algún momento en los últimos dos mil años, las aves pasaron a ser el reservorio más importante. Parece que el linaje de la gripe aviar que aportó la mayoría de sus genes a la cepa humana de 1918 se estableció en América del Norte en la misma época en que se produjo una epidemia de gripe equina que surgió en Toronto en 1872 y se propagó por todo el continente (los

periódicos hablaron de las calles casi desiertas de Washington DC y de la acumulación de mercancías en las terminales ferroviarias de Filadelfia cuando retiraron de circulación a las mulas y los caballos enfermos). Worobey todavía no puede decir si esta gripe pasó de los caballos a las aves, o viceversa, pero se podría especular que el cambio se produjo como consecuencia de que los caballos fueran remplazados por medios de transporte mecanizados y de la expansión de la avicultura a finales del siglo XIX y principios del XX. Este cambio ya se había producido en 1918, pero su legado fue que los caballos, al igual que los humanos, fueran vulnerables a la infección de gripe aviar. De hecho, los veteranos del ejército de varias naciones en guerra, así como de los Países Bajos, que eran neutrales pero estaban preparados para el conflicto, informaron de una epidemia de gripe equina en los establos de la caballería que coincidió con la humana.[10]

Esto parece indicar que los humanos atrajimos activamente hacia nosotros a reservorios animales de gripe, e incluso hemos creado otros nuevos, mediante la domesticación de animales silvestres. De ser cierto, podría ser que la mayor amenaza para nuestra salud en la próxima pandemia de gripe no fueran las aves silvestres y que esta se encontrara más cerca de casa. Los patos no son los únicos incubadores aviares de la gripe, pero como descubrieron Claude Hannoun y otros en los años setenta, son especialmente eficaces. Los vestigios arqueológicos sugieren que se domesticaron por primera vez en el sur de China hace unos 4.000 años. Se calcula que en la actualidad hay mil millones de patos domésticos en el mundo, lo que significa que es probable que superen en número a los patos silvestres, y no existe una barrera ecológica entre ambos. Por ejemplo, los chinos arrean patos por los arrozales para que coman insectos y otros parásitos, y allí se mezclan con

las aves silvestres. Durante al menos 150 años, es decir, desde antes de la gripe española, ha habido tantas probabilidades de que los genes de la gripe circularan de las aves domésticas a las silvestres como en el sentido contrario. En otras palabras, gracias a nuestras prácticas de cría de animales ahora introducimos genes de la gripe en la naturaleza. Tal vez el virus de la gripe de 1918 saltó a los humanos desde un ave silvestre (directamente o a través de un cerdo), pero es igual de probable que procediera de un ave criada en un corral.

Nuestros motivos para culpar a otros parecen claramente cuestionables. Si los relojes moleculares están en lo cierto, los humanos contribuyeron a su propio sufrimiento en 1918 y lo han seguido haciendo desde entonces. Hubo otras dos pandemias de gripe en el siglo XX: la gripe «asiática» de 1957, que se cobró dos millones de vidas, y la gripe de Hong Kong de 1968, que mató posiblemente al doble de personas. Fueron causadas por los subtipos H2N2 y H3N2, respectivamente, pero ambas heredaron la mayor parte de sus genes internos de la gripe de 1918, lo que hizo que Taubenberger y su colega, el epidemiólogo David Morens, calificaran a la gripe española como «la madre de todas las pandemias».[11] En los años treinta, los equipos británico y estadounidense que demostraron que la gripe era causada por un virus sorprendieron a sus colegas al afirmar que los humanos podrían haber transmitido el virus de la gripe española a los cerdos, y no al revés. La comparación de secuencias de la gripe humana y la gripe porcina ha confirmado desde entonces sus sospechas y, en 2009, el subtipo H1N1 que había estado circulando en los cerdos desde 1918 volvió a aparecer en los humanos, modificado, desencadenando la primera pandemia de gripe del siglo XXI. Se la denominó «gripe porcina» por razones obvias, aunque, en un periodo de tiempo más largo, fueron los humanos los

que se la transfirieron a los humanos. Los cerdos fueron simples intermediarios.

15
El factor humano

Aún quedaba un gran enigma por resolver. Sí, los veinteañeros eran vulnerables, pero ¿por qué algunos lo eran más que otros? ¿Por qué el impacto de la gripe española varió tanto en el espacio y en el tiempo que, dentro de un mismo grupo de edad determinado, murieron más kenianos que escoceses, más indonesios que holandeses? En una futura pandemia, ¿podrías morir? ¿Y tu hermana que vive en otro continente? ¿Cuál de tus hijos tendría más probabilidades de sobrevivir? Si supiéramos quiénes son vulnerables, podríamos adoptar medidas para protegerlos.

Para entender qué fue lo que hizo que algunas personas sucumbieran a la gripe y otras se libraran, tenemos que prestar atención a los números. En 1918, la gente se sorprendió de la aterradora aleatoriedad con la que la gripe parecía elegir a sus víctimas. Solo cuando los científicos comenzaron a comparar las tasas de morbilidad y mortalidad se empezaron a discernir ciertas pautas. Esto los llevó a concluir que los seres humanos habían determinado el carácter de la pandemia con las situaciones de desigualdad en la sociedad, los lugares donde construían sus viviendas, su dieta, sus rituales e incluso su ADN.

En primer lugar, examinemos esta desigualdad geográfica con un rápido repaso en cifras del mundo; concretamente, las tasas de sobremortalidad. Estas variaron de un modo asombroso. Una persona que viviera en determinadas zonas de Asia tenía treinta veces más probabilidades de morir de gripe que si vivía en ciertas partes de Europa. Asia y África tuvieron las tasas de mortalidad más elevadas, en general, y

Europa, América del Norte y Australia, las más bajas. Sin embargo, también hubo mucha variación dentro de los continentes. Dinamarca perdió a aproximadamente el 0,4 por ciento de su población; Hungría y España, en torno al triple. Las tasas de mortalidad en los países africanos situados al sur del Sahara fueron dos o incluso tres veces superiores a las de los países ubicados al norte del desierto, mientras que en Asia las cifras oscilaron entre el 2 por ciento aproximadamente de Filipinas y el entre 8 y 22 por ciento de Persia (este amplio margen refleja el hecho de que en Persia había una crisis y la recopilación de datos no era una de las prioridades). En la India, que en esa época incluía a Pakistán y Bangladesh, y que perdió en torno al 6 por ciento de su población, se produjo la mayor pérdida en números absolutos de todos los países del mundo. Murieron entre 13 y 18 millones de indios, lo que significa que podrían haber muerto más indios de gripe española que seres humanos en la primera guerra mundial.

Las ciudades solían verse más afectadas que las zonas rurales, pero dentro de un país, a algunas ciudades les fue peor que a otras. Así, Chicago salió bastante bien parada en comparación con Washington DC, que salió bien librada si se la compara con San Francisco. También hubo variaciones dentro de las ciudades. Por ejemplo, en Kristiania (Oslo), la capital de Noruega, las tasas de mortalidad aumentaron cuando se redujo el tamaño de los pisos.[1] En Río, fueron los *subúrbios,* las barriadas en expansión en la periferia de la ciudad, los que registraron el mayor número de víctimas. La mortalidad de los inmigrantes recién llegados tendía a ser más elevada que la de los grupos más antiguos y arraigados, aunque a veces es difícil discernir un patrón, ya que existen menos datos sobre los inmigrantes. Un estudio de 1920 sobre lo que sucedió en el estado estadounidense de Connecticut señalaba que «la raza italiana ha contribuido con un

porcentaje el doble de lo normal a la cifra de muertos en el estado durante el periodo de la epidemia». Los italianos, como ya sabemos, eran el último grupo de inmigrantes que había llegado a Estados Unidos. De hecho, los habitantes de Connecticut que eran de origen italiano tenían más probabilidades de morir que los de origen irlandés, inglés, canadiense, alemán, ruso, austriaco o polaco.[2]

¿Cuál fue la causa de esta desigualdad? En parte se debió a las disparidades en términos de riqueza y clase, y, en la medida en que reflejaba estas, al color de la piel.[3] Los eugenistas aludieron a la constitución inferior de las razas «degeneradas», cuya falta de iniciativa hacía que tendieran a acabar en infraviviendas y *favelas*, a donde les seguían las enfermedades a las que eran propensos por naturaleza (en otras palabras, sostenían que los italianos eran más vulnerables porque eran italianos). En realidad, lo que debilitaba su constitución era la mala alimentación, el hacinamiento y el deficiente acceso a la asistencia sanitaria, haciendo que los pobres, los inmigrantes y las minorías étnicas fueran más vulnerables a la enfermedad. Esta es la razón de que, en Corea, los coreanos y los japoneses enfermaran más o menos por igual, pero los coreanos tuvieran el doble de probabilidades de morir.[4] Y también de que, en la India, la remota región boscosa de Dangs, en Gujarat, perdiera a un porcentaje de su población superior al de la mayoría de las ciudades indias (el 16,5 por ciento entre 1911 y 1921 a causa principalmente a la gripe española). Dangs se apartó de la tendencia de la «ventaja rural», probablemente porque allí vivían los *adivasis*, los habitantes originales de la zona, a los que tanto los británicos como otros indios consideraban tribus selváticas atrasadas.[5]

Los estadísticos se quedaron perplejos al observar que, en la capital francesa, las tasas de mortalidad más elevadas se registraban en los barrios más adinerados, hasta que se

percataron de quiénes eran los que estaban muriendo. Los que tosían detrás de las espléndidas fachadas haussmanianas no eran los propietarios del *étage noble*, sino los sirvientes de las *chambres de bonne*. Como ha explicado Theresa McBride en su libro *The Domestic Revolution*, «en plantas inferiores, lo suficientemente cerca de los pisos de los señores, los sirvientes estaban segregados en una sociedad propia en la que no había necesidad de verlos pero se los podía llamar fácilmente». Trabajaban entre quince y dieciocho horas diarias y a menudo tenían que compartir los espacios para dormir con otros criados. «La habitación de los sirvientes solía ser pequeña, con techos abuhardillados, oscura, mal ventilada, sin calefacción, sucia, sin intimidad ni seguridad», escribió McBride. Puede que la gripe fuera democrática, como señaló un historiador francés, pero la sociedad en la que se manifestó no lo era: de todas las mujeres que murieron en París, la cuarta parte fueron sirvientas.[6]

Hubo otras paradojas. Al parecer, entre los afroamericanos, que sufrían una grave discriminación en Estados Unidos, la incidencia fue muy leve y se percataron de ello. «En lo que respecta a la "gripe", los blancos se han quedado con todo el espectáculo», escribió un tal J. Franklin Johnson al *Baltimore Afro-American*, y añadía que, de haber ocurrido lo contrario, «nunca habríamos dejado de oír hablar de ello y los temas de salud relacionados con las personas de color se habrían impreso en un cuerpo 72 en los diarios».[7] El caso de los afroamericanos sigue desconcertando hoy en día (¿estuvieron expuestos de manera desproporcionada a la leve oleada de primavera y esto los protegió hasta cierto punto contra la de otoño?), pero hay otro misterio que sí se ha resuelto: las discrepancias observadas en las tasas de mortalidad de las minas de oro del Rand y las minas de diamantes de Kimberley en Sudáfrica. Al parecer, todo apunta a aquellos

tentáculos negros de las vías del tren.[8]

Las minas de oro eran con diferencia la mayor de las dos entidades y empleaban a casi veinte veces más hombres que las de diamantes, por lo que Johannesburgo, la ciudad construida para prestar servicios a estos, era el mayor nudo ferroviario. La red ferroviaria conectaba Johannesburgo con la costa este del país y, en particular, con Durban, el mayor puerto de la provincia de Natal. Aunque en Sudáfrica no se registró una oleada que «anunciara» la gripe española como tal, el epidemiólogo Dennis Shanks ha encontrado información en la bibliografía de casos de una enfermedad leve similar a la gripe que llegó por barco a Durban en julio de 1918. Desde allí, la infección se desplazó hacia el norte, siguiendo las vías del tren, hasta llegar al Rand. Por tanto, cuando la gripe regresó al Rand varios meses más tarde, puede que los mineros estuvieran parcialmente protegidos. Kimberley, en cambio, estaba relativamente mal conectada por tren. Situada a 500 kilómetros al sudoeste de Johannesburgo, sí estaba conectada con Ciudad del Cabo, por lo que recibió su primera dosis de gripe desde esta ciudad tras la llegada de los buques de transporte de tropas infectados *Jaroslav* y *Veronej*, sin haber estado expuesta nunca antes. Cuando los aterrados mineros abandonaron los centros industriales llevando con ellos la gripe, la provincia de Natal volvió a estar protegida frente a aquellas partes del país que no estaban conectadas por la línea de ferrocarril entre Durban y Johannesburgo, sobre todo las regiones de Transkei y Ciskei de Ciudad del Cabo, donde las tasas de mortalidad fueron tres veces más elevadas que en Natal.

El aislamiento también fue una de las razones de que algunos de los lugares más remotos del planeta fueran vulnerables. La falta de exposición histórica al virus se tradujo en unas tasas de mortalidad más elevadas, que a menudo se vieron agravadas por problemas asociados con la

pobreza y la exclusión. El vapor *SS Talune* zarpó con la infección a bordo desde Auckland, en Nueva Zelanda, y la llevó a un archipiélago del Pacífico. Fiyi, posteriormente, perdió en torno al 5 por ciento de su población, Tonga el doble de esta cifra y Samoa Occidental el 22 por ciento.

Las ciudades eran más vulnerables a las infecciones que las zonas rurales, debido principalmente a su densidad de población, pero ¿cómo se explica la sorprendente diferencia entre las distintas ciudades? La exposición a la leve oleada de primavera podría haber protegido a los que se contagiaron, pero también repercutió la adopción de una estrategia de contención de la enfermedad eficaz. Un estudio de 2007 mostraba que medidas de salud pública como la prohibición de los actos multitudinarios y la obligatoriedad de llevar mascarilla redujeron la cifra de muertos en algunas ciudades de Estados Unidos hasta en un 50 por ciento (Estados Unidos fue mucho más eficaz imponiendo medidas que Europa). Sin embargo, el momento de adaptación de las medidas era decisivo. Había que adoptarlas pronto y mantenerlas en vigor hasta después de que hubiera pasado el peligro. Si se suspendían demasiado pronto, el virus se encontraba con un nuevo reservorio de huéspedes inmunológicamente incautos y la ciudad sufría un segundo pico de muertes.[9]

En Zamora, se promovieron actos multitudinarios y la tasa de mortalidad del 3 por ciento, más del doble del promedio nacional, fue más elevada que en ninguna otra ciudad española. De hecho, los rituales religiosos, o los rituales laicos que se hacían pasar por religiosos, contribuyeron a determinar las características y posiblemente la duración de la pandemia en todas partes. Algunos sostienen que en realidad hubo dos oleadas de la enfermedad, en la primavera y el otoño (boreales) de 1918, y que la que pareció ser una tercera oleada a principios de

1919 fue simplemente el final de la segunda después de un breve paréntesis debido a las fiestas de fin de año. Por ejemplo, los niños cristianos y judíos no asistían a la escuela en Navidad y Janucá, privando al virus de un valioso reservorio de posibles huéspedes hasta su regreso a las aulas en Año Nuevo.

La existencia de una enfermedad subyacente aumentaba la vulnerabilidad a la gripe española. El historiador de la medicina Amir Afkhami ha sugerido que los persas que combatían en el ejército británico resultaron más gravemente afectados por la gripe que los soldados británicos porque era más probable que padecieran malaria y una de sus complicaciones, la anemia (una reducción en la sangre de la cantidad de glóbulos rojos o hemoglobina, la molécula que transporta oxígeno), que debilita la respuesta inmunológica.[10] La pandemia también eliminó del planeta a un número desproporcionadamente elevado de enfermos de tuberculosis que de otro modo habrían muerto más lentamente a lo largo de la siguiente década. En realidad, es posible que la tuberculosis, descrita en una ocasión como «la capitana de las huestes de la muerte» por el sufrimiento que ocasionó durante todo el siglo XIX y comienzos del XX, fuera una de las principales razones de que la gripe matara a más hombres que a mujeres en todo el mundo. En el vulnerable grupo de personas de entre veinte y cuarenta años había más hombres que mujeres aquejados de tuberculosis, en parte porque tenían más probabilidades de verse expuestos a ella en los lugares de trabajo.[11]

Así, la cultura influyó en la biología: en muchos países, era más probable que los hombres salieran a trabajar fuera y que las mujeres se quedaran en casa. Pero aunque murieran más hombres que mujeres en total, en algunos países esta tendencia se invirtió en determinados grupos de edad. En la India, sorprendentemente, se invirtió en todos los grupos de

edad. ¿Por qué murieron más mujeres que hombres en la India, cuando, tradicionalmente, las mujeres indias también eran amas de casa? Una posible razón es la siguiente: en épocas de crisis, se esperaba que las niñas y las mujeres indias, que ya tenían más probabilidades de estar desatendidas y desnutridas que los varones, cuidaran de los enfermos. Por tanto, estaban más expuestas a las enfermedades y eran menos resistentes, y es posible que los tabús alimentarios exacerbaran su vulnerabilidad.

La principal religión de la India es, y era, el hinduismo. Lo hindúes no son necesariamente vegetarianos, pero se asocia la dieta vegetariana con la serenidad espiritual; es más probable que las mujeres sean vegetarianas que los hombres y, tradicionalmente, el vegetarianismo es obligatorio para las viudas. En su detallado análisis de la vida en una aldea del norte de la India en los años veinte, la antropóloga y misionera estadounidense Charlotte Viall Wiser señaló que la dieta de los lugareños consistía principalmente en lo que podían producir sus campos: cereales, legumbres y hortalizas. Se sorprendió al descubrir que la mayoría de ellos no tenían carencia de hierro (la falta de hierro es una causa común de la anemia), pero describió cómo obtenían hasta el último átomo de hierro de sus alimentos. Por ejemplo, no molían los cereales, sino que los comían enteros, con las capas externas ricas en hierro intactas. Creía que vivían al borde de la deficiencia y que cualquier ligera perturbación podía llevarlos al límite.[12] La sequía que provocó la escasez de lluvias del monzón del suroeste en el verano de 1918 sin duda fue una perturbación.

En condiciones de igualdad, cuando ni la riqueza, ni la dieta ni las festividades, ni los hábitos de desplazamiento permitían diferenciar a dos grupos de seres humanos, aún existía esa preocupante disparidad residual que hacía que uno pudiera ser diezmado mientras el otro sobrevivía más o

menos ileso, como si un dios lanzara sus rayos descuidadamente. Por ejemplo, la muerte golpeó de forma muy desigual en el territorio de Alaska. La bahía de Bristol, la región más afectada, perdió a cerca del 40 por ciento de su población, pero en otras zonas solo murió menos del uno por ciento, una cifra similar a la de algunas de las grandes metrópolis estadounidenses, y un número relativamente elevado de alaskeños, uno de cada cinco, se libró por completo de padecer la enfermedad. Este era el problema esencial de la variación y durante mucho tiempo no existió una explicación. Muchos se preguntaron si la respuesta se encontraba en los genes humanos, en la forma en que determinaban el encuentro entre el huésped y el virus, pero ¿cómo demostrarlo? Las personas que comparten genes suelen compartir también el entorno, lo que es otra forma de decir que las familias suelen vivir juntas, por lo que están expuestas a los mismos gérmenes. Desenmarañar ambos efectos no sería fácil.

Los mormones permitieron, involuntariamente, deshacer ese nudo. Los mormones, los fieles de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, creen que la unidad familiar puede sobrevivir a la muerte si todos sus miembros están bautizados y permiten bautizar después de muertos a las personas que no lo fueron en vida. Por esta razón, son unos genealogistas concienzudos que mantienen registros detallados de sus árboles genealógicos, almacenados en millones de rollos de microfilm en una bóveda que se encuentra bajo la montaña de Granito, un pico de la cordillera Wasatch, cerca de Salt Lake City. La bóveda, construida en 1965, está protegida por una puerta de acero de trece toneladas diseñada para soportar una explosión nuclear, pero en la actualidad se puede acceder a los archivos a través de internet. Y lo que es aún más útil: los registros están vinculados digitalmente con los certificados

de defunción pertinentes, por lo que, con solo apretar una tecla, se puede saber de qué murió un mormón concreto. En 2008, Frederick Albright y sus colegas de la Universidad de Utah identificaron a unos 5.000 mormones que habían muerto de gripe en los cien años anteriores. Tras haber reconstruido sus árboles genealógicos, descubrieron que había más probabilidades de que un pariente consanguíneo de uno de estos casos índice hubiera muerto de gripe que una persona no emparentada, incluso si dos parientes nunca habían compartido el mismo entorno.[13]

Se trataba de un indicio fascinante de que la gripe podía tener un componente hereditario, pero otros estudios no pudieron repetir estas conclusiones. Más tarde, en enero de 2011, en plena temporada anual de la gripe en Francia, una niña de dos años fue ingresada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Infantil Necker de París, aquejada de SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda). Los médicos le salvaron la vida y uno de ellos, Jean-Laurent Casanova, secuenció su genoma. Quería saber si encerraba la clave de por qué una niña sana había estado a punto de morir de una enfermedad que no afectaba a la mayoría de los niños. Resultó que la niña había heredado un defecto genético que le impedía producir interferón, esa primera línea de defensa tan importante contra los virus. En consecuencia, su asediado sistema inmunológico recurrió a un plan B: una respuesta inflamatoria masiva similar a la que los patólogos habían observado en 1918. La anomalía genética de la niña era poco común, pero Casanova empezó a identificar una serie de defectos similares que también impedían producir interferón. Calculó que, conjuntamente, podían afectar a una de cada 10.000 personas, aproximadamente el número de casos de SDRA durante un brote de gripe anual.[14]

Lo que el descubrimiento de Casanova ha demostrado es

que, independientemente de su cultura, su dieta, su condición social o sus ingresos, una de cada 10.000 personas es especialmente vulnerable a la gripe, una vulnerabilidad que heredan de sus progenitores. Es probable que durante la pandemia de 1918 estas personas fueran las primeras en morir, pero cien años más tarde, tenemos la capacidad para equilibrar las condiciones genéticas y darles la oportunidad de luchar. La razón es que el defecto genético que impide a un individuo producir interferón no afecta a su capacidad para producir anticuerpos. Por tanto, en teoría, estas personas se pueden proteger contra la gripe simplemente vacunándose contra la gripe anual. La niña a la que Casanova atendió en la UCI del hospital infantil Necker ha recibido esta vacuna cada año desde 2011 y ha superado la temporada de gripe con la misma facilidad que sus iguales.

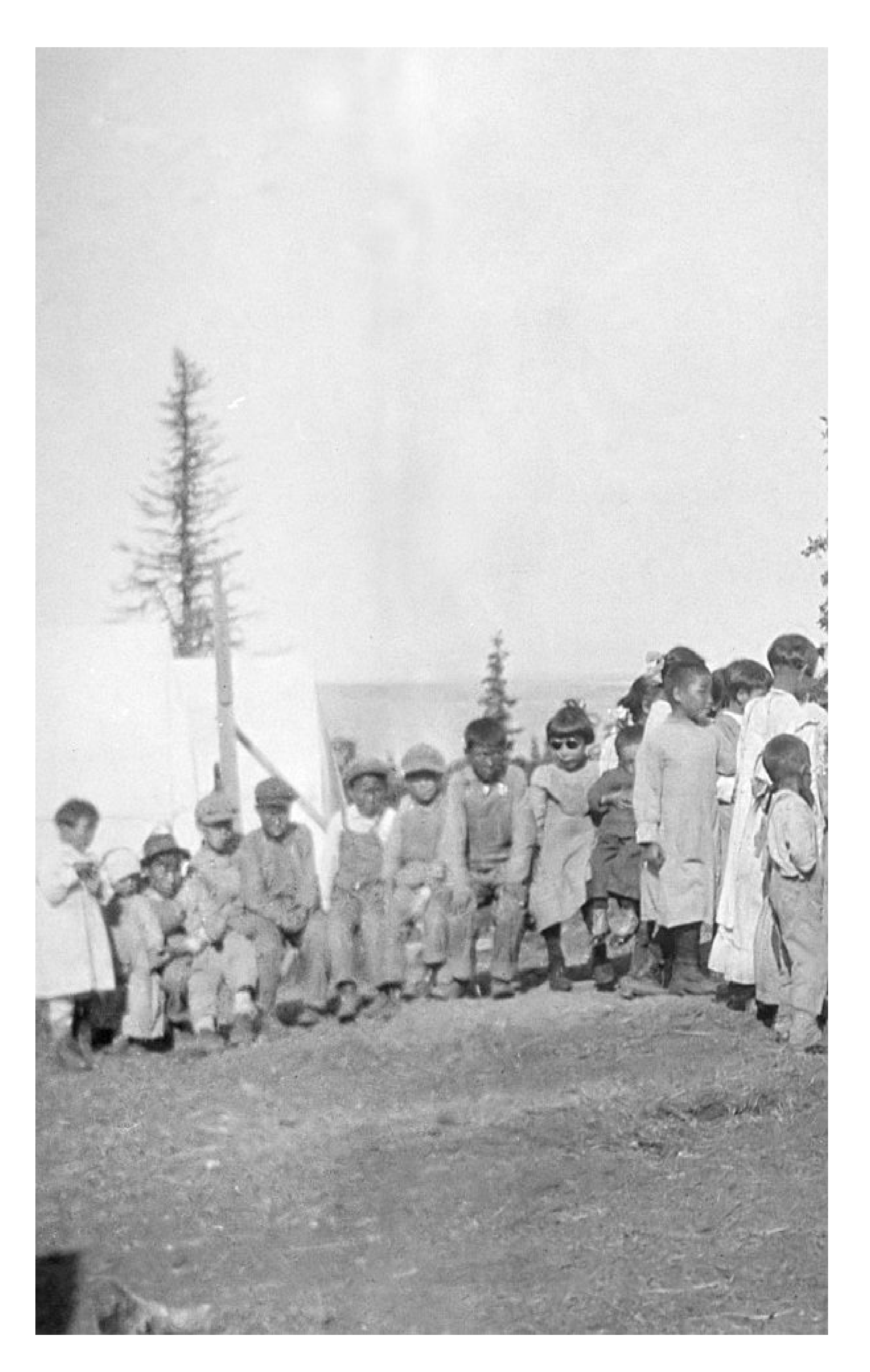
Casanova había descubierto que la gripe tenía un componente genético y, quizá, la última pieza del rompecabezas de por qué la gripe española afectó de una forma tan desigual. Su descubrimiento cayó en suelo fértil, ya que por entonces los científicos estaban empezando a pensar en las enfermedades infecciosas de una manera nueva: es decir, como parcialmente genéticas. La idea con la que trabajaban era la siguiente: todas las enfermedades infecciosas tienen un componente genético, pero, en algunas, uno o varios genes controlan la vulnerabilidad a la enfermedad, mientras que en otras el componente genético consiste en pequeños efectos acumulativos de muchos genes. En el primer caso, un defecto en uno de esos genes provoca un gran aumento de la vulnerabilidad; en el segundo, solo un ligero incremento. Si esta idea resulta ser correcta, tendremos que volver a ajustar nuestra manera de concebir la enfermedad: las enfermedades infecciosas no solo podrían ser parcialmente genéticas, sino que enfermedades que hemos considerado durante mucho

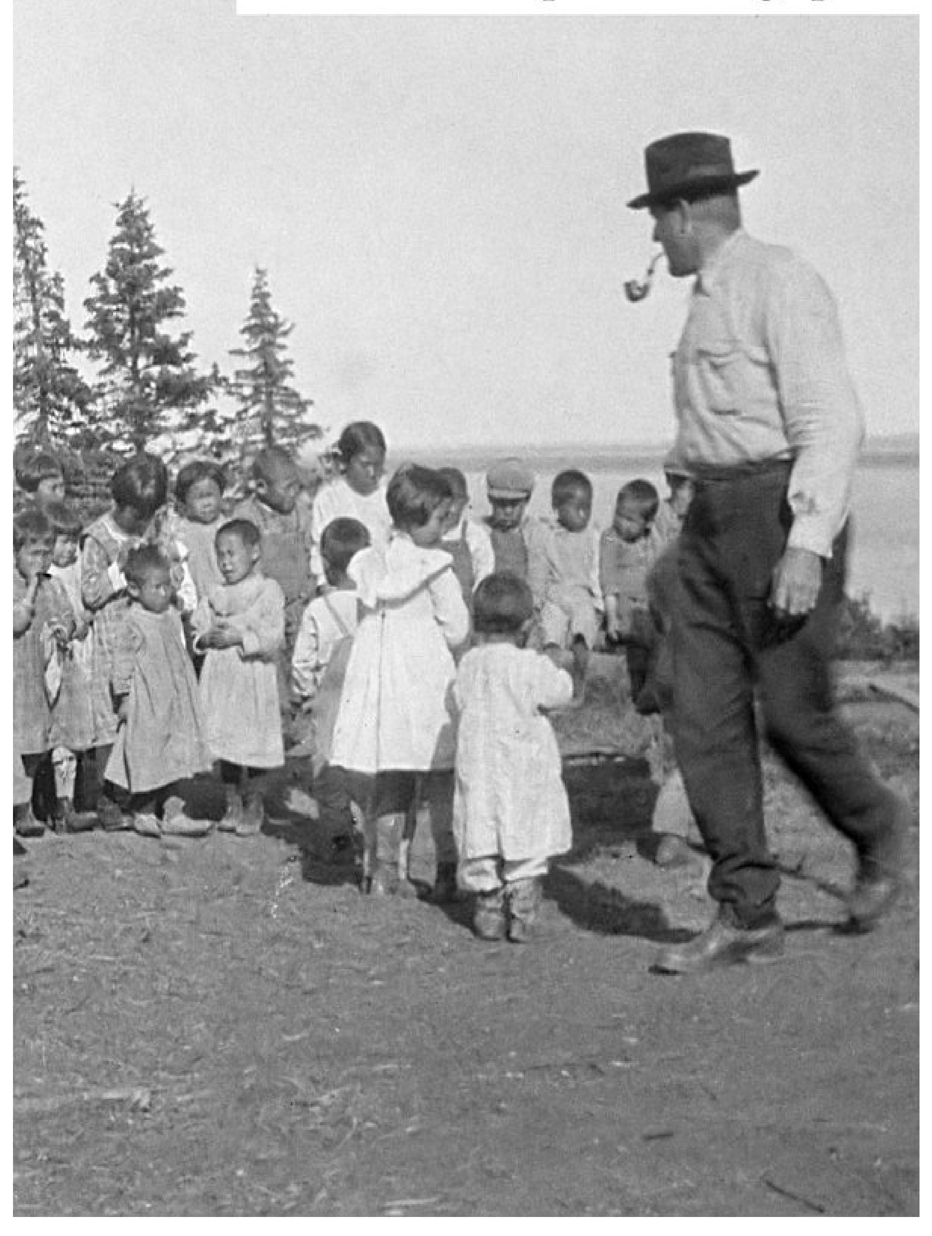
tiempo de origen genético o «ambiental» también podrían resultar ser parcialmente infecciosas. Por ejemplo, una teoría sobre el Alzheimer sostiene que es causado por «priones», agentes infecciosos que, hasta una fecha reciente, estaban tan rodeados de misterio como los virus en 1918.

Hace ciento cincuenta años George Sand se sintió ofendida cuando los habitantes de Palma de Mallorca le pidieron que se marchara porque la enfermedad de su amante era infecciosa, no hereditaria. Ahora sabemos que la causante de la tuberculosis es la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, pero la susceptibilidad a esa bacteria es hereditaria. Algo parecido se aplica a la gripe, una enfermedad que, hace cien años, se creía que era bacteriana. Por lo que sabemos en 2017, la gripe es causada por un virus, pero también se encuentra en parte bajo el control de los genes humanos. Comprender esto nos ayuda a entender la extraordinaria variabilidad con que se manifiesta, algo que tanto desconcertó a las personas en 1918. No podían ver más allá de los fenómenos superficiales; ahora somos capaces de mirar «en el interior». (Algún día, la ciencia podría ayudarnos a explicar enfermedades que hoy en día nos desconciertan por la misma razón, como el trastorno del espectro autista.)

Esta revisión de nuestra manera de pensar en la gripe parece radical, pero quizá no lo sea tanto. Tras observar a los gusanos de la seda enfermos en el siglo XIX, Louis Pasteur hizo dos observaciones: la primera, que *la flacherie*, como se llamaba a la enfermedad de los gusanos (literalmente, «flacidez», causada por ingerir hojas de morera contaminadas, que provocaba diarrea debilitante) era infecciosa; y la segunda, que la progenie podía heredarla de sus progenitores. En medio de todo el furor por la primera observación, se pasó por alto la segunda. Tal vez haya llegado por fin la hora de tener en cuenta la segunda idea de

Pasteur.





Séptima parte
El mundo después de la gripe

Linus H. French con algunos de los huérfanos de la gripe rescatados en la bahía de Bristol, Alaska, 1919.

16
Los brotes verdes de la recuperación

En febrero de 1919, Adam Ebey y su esposa Alice tomaron un tren hasta las colinas de Gujarat y después caminaron cuarenta kilómetros a través de la selva de teca y bambú para llegar a la misión de la Iglesia de los Hermanos en Ahwa, de la que debían hacerse cargo. Acababa de comenzar la tercera oleada de la pandemia, muchos de los *bhagats* o curanderos tradicionales habían huido y se requirieron de inmediato los servicios del «*sahib* cirujano», como se conocería a Ebey. Cuando desapareció la enfermedad, se sentó a escribir a la sede central de la congregación en Illinois y relató la historia de Laksman Haipat.

Haipat era un agricultor de veinticinco años y cristiano converso que, tras haber enviudado, se había casado por segunda vez en enero de 1919. No mucho después de la segunda boda, partió de su aldea por negocios. Cuando regresó al cabo de unos días, la encontró desierta y a su nueva esposa, acostada bajo un árbol, en la fase terminal de la gripe española. Se quedó con ella hasta que murió y después cavó su tumba. «Era una mujer corpulenta y no podía cargar con ella, por lo que cogió una cuerda y la arrastró hasta la tumba. ¿Qué otra cosa podía hacer? Se casó con su tercera esposa al día siguiente de la Navidad de 1919», escribió Ebey.[1]

Antes de la pandemia, las tasas de mortalidad habían disminuido en todo el mundo, debido en parte a los avances impulsados por la teoría de los gérmenes; la pandemia invirtió esta tendencia durante tres años. La India pagó un precio especialmente elevado, tan alto, en realidad, que en

1964 el premio Nobel de economía Theodore Schultz utilizó lo ocurrido en este país para comprobar si era cierta la teoría de que existe un excedente de mano de obra en los sistemas agrarios tradicionales. Llegó a la conclusión de que no era así, ya que la producción agrícola de la India después de la gripe se redujo un 3 por ciento en comparación con los niveles previos a 1918. Sin embargo, los humanos son extremadamente resistentes y parece que la recuperación comenzó casi inmediatamente después de que pasara la conmoción. Pese a que la tasa de natalidad en la India experimentó un descenso del 30 por ciento en 1919, a partir de 1920 la tasa de fecundidad no solo recuperó los niveles anteriores a la gripe, sino que los superó, desencadenando lo que se ha descrito como el inicio de una revolución demográfica.[2]

No solo se produjo un repunte en la India. Las tasas de fecundidad se desplomaron en Europa en torno a 1918, pero experimentaron una recuperación espectacular dos años más tarde, alcanzando brevemente niveles superiores a los registrados antes de 1914. La mayoría de los analistas lo atribuyen a la guerra y a la oleada de concepciones que se produjo cuando regresaron los hombres. Sin embargo, esto no explica por qué la neutral Noruega también vivió un boom de la natalidad en 1920. Los hombres noruegos no se fueron a luchar, pero, al igual que el resto de la población del país, padecieron la gripe. En la pandemia murieron 15.000 noruegos y en 1918 hubo 4.000 concepciones menos de las previstas, pero al año siguiente superaron la cifra necesaria para compensar ese déficit en un 50 por ciento. En otras palabras, en 1919 se concibieron tres bebés por cada dos no concebidos en 1918.[3] ¿Podría haber contribuido la gripe a un auge mundial de la natalidad? Sin duda, y la explicación reside en cómo eligió a sus víctimas.

La pandemia tardó en remitir: el pico central de la curva

de mortalidad en forma de W se redujo hasta que, entre 1922 y 1928, dependiendo del lugar del mundo en que se estuviera, la W se transformó en una U.[4] Se había dominado la gripe española, pero había dejado tras de sí a una humanidad muy cambiada. Al eliminar a las personas menos sanas (quienes ya estaban enfermos de malaria, tuberculosis y otras enfermedades), había creado una población más pequeña y más sana que era capaz de reproducirse a tasas más altas. Es una de las teorías de por qué la natalidad se recuperó de forma tan espectacular: los supervivientes como Laksman Haipat se casaron con otros supervivientes que, por definición, estaban más sanos y eran más robustos que los que habían muerto.

¿Podemos decir realmente que la salud de los seres humanos fue mejor después de la gripe española? Parece algo extraordinario, pero dicho en un sentido muy burdo, así fue: su capacidad biológica para reproducirse aumentó y tuvieron más hijos. Es burdo porque hay otros factores, además de la biología, que influyen en el número de hijos que tienen las personas: por ejemplo, consideraciones religiosas y económicas. Pero existen otros indicios de que los hombres, en particular, estaban más sanos, es decir, aumentó su esperanza de vida. Antes de 1918, las mujeres vivían un promedio de cerca de seis años más que los hombres. La gripe mató a unos 170 hombres más que mujeres por cada 100.000 personas, y cuando terminó la pandemia, la diferencia en la esperanza de vida se había reducido a un año. Las mujeres no recuperarían su ventaja anterior hasta los años treinta, principalmente porque, por entonces, las enfermedades cardíacas se habían vuelto mucho más frecuentes y afectaban más a los hombres.[5]

Por tanto, podría ser razonable afirmar que, en general, la población estaba más sana después de la gripe. Sin embargo, si lo analizamos con más detenimiento, vemos una imagen

más matizada, en la que la situación de algunos grupos había empeorado. En primer lugar, pensemos en quienes estaban en el útero de sus madres en la segunda mitad de 1918. Como ya hemos señalado, las embarazadas eran extremadamente vulnerables a la gripe española, algo que era cierto en todo el mundo. Tenían un 50 por ciento más de probabilidades de desarrollar neumonía que las mujeres que no estaban embarazadas, según un cálculo de 1919, y un 50 por ciento más de probabilidades de morir si la contraían.[6] La razón no está clara, pero una teoría es que el culpable no fue el virus en sí, sino la tormenta de citoquinas que desencadenaba, ese aluvión de señales de alarma químicas que desviaba la sangre y las células inmunitarias a los pulmones. Las embarazadas, ya de por sí sometidas a las presiones psicológicas de llevar en su vientre un feto, podrían haber sucumbido más fácilmente, y si se desviaba la sangre desde el útero, eso podría explicar por qué los abortos fueron tan comunes. Es solo ahora cuando se está revelando la huella que dejó en la población la pérdida de aquellos nonatos, cuando ya se ha superado la esperanza de vida prevista para ellos. Pero algunos de aquellos niños sí nacieron, por lo que cabe preguntarse: ¿qué marca dejó la gripe en ellos, si es que dejó alguna?

Un bebé nacido en 1919, que hubiera soportado los embates de la gripe española en el interior del útero de su madre y que se hubiera presentado en un puesto de reclutamiento militar en 1941, era 1,3 milímetros más bajo, como promedio, que los reclutas que no habían estado expuestos a ella en el periodo prenatal. Puede parecer poco, pero es un indicador de que las tensiones afectaban a todos los órganos del feto, incluido el cerebro. A lo largo de su vida, este niño tenía menos probabilidades de graduarse y de ganar un salario razonable y más de ir a la cárcel, cobrar el subsidio de invalidez y padecer una enfermedad cardíaca

después de los sesenta años.[7]

Solo los hombres fueron llamados a filas en 1941, pero lo mismo se aplicaba a cualquiera que hubiera tenido la mala suerte de ser concebido en los primeros meses de 1918, independientemente de su sexo o color: eran una generación disminuida. La escritora británica Vera Brittain, que fue enfermera en Étaples durante la primera guerra mundial, utilizó la expresión «generación perdida» para referirse a aquellos jóvenes de buena familia y educados que murieron prestando servicio en el ejército británico y que podrían haber logrado grandes cosas de haber regresado. Pero quienes se encontraban en el interior del útero de su madre cuando golpeó la gripe española, a los que a menudo se menciona como un ejemplo de por qué es importante invertir en la salud de las mujeres embarazadas, fueron la verdadera generación perdida del siglo XX.

Otros quedaron en una situación aún peor. Por ejemplo, existen pruebas convincentes de que la gripe española fue una enfermedad crónica y tuvo un impacto negativo en la salud de algunas personas durante meses o incluso años después de que hubieran desaparecido los síntomas gripales iniciales. Al compositor húngaro Béla Bartók le dejó una grave infección de oído que le hizo temer una sordera permanente, irónicamente como su héroe musical, Beethoven. Tomó opiáceos para el dolor, pero no hicieron desaparecer las alucinaciones auditivas que padeció durante algún tiempo después. En el caso de la aviadora estadounidense Amelia Earhart, el legado fue una sinusitis de por vida que, según algunos, afectó a su equilibrio y su capacidad para volar. Fue la primera mujer que sobrevoló el Atlántico, en 1928, y desapareció nueve años más tarde mientras volaba sobre el Pacífico.

Hemos visto anteriormente que en la fase aguda de la enfermedad se experimentaba ansiedad y que hubo casos de

personas que se mataron mientras sufrían delirios. Sin embargo, algunos pacientes, cuando se recuperaron de esta fase, se sumieron en un prolongado estado de lasitud y desesperación. ¿Cuánta de esta oleada de «melancolía» se debió a la gripe y cuánta a la guerra? Es una pregunta difícil de responder. El virus de la gripe puede actuar en el cerebro, causando depresión, pero la depresión también es una respuesta común a la pérdida de seres queridos y a la agitación social. ¿Cómo se puede diferenciar entre ambas? Una vez más, podría ayudar un estudio de la neutral Noruega.

El epidemiólogo noruego Svenn-Erik Mamelund estudió los registros de los hospitales psiquiátricos de su país entre 1872 y 1929 y descubrió que, en todos los años en que no hubo pandemia de gripe, solo ingresaron unos pocos casos de enfermedades mentales asociadas con la gripe. Sin embargo, en cada uno de los seis años siguientes a la pandemia de 1918, el promedio de este tipo de ingresos fue siete veces superior al de los años sin pandemia. Como no es fácil saber qué padecían exactamente aquellos pacientes, y es imposible demostrar a posteriori una relación entre sus síntomas psiquiátricos y la gripe, solo pueden extraerse conclusiones aproximativas de estos datos. Pero, con esta salvedad, Mamelund especula que los pacientes ingresados durante esos seis años eran supervivientes de la gripe española que padecieron lo que hoy llamaríamos síndrome de fatiga crónica o posviral. También cree que solo fueron la punta del iceberg, ya que en aquella época la mayoría de las personas que padecían melancolía no acudían a un psiquiatra.

Curiosamente, parece que hay un noruego que sí se libró esta vez de la melancolía: Edvard Munch. Se podría considerar que tuvo la mala suerte de encontrarse con dos pandemias de gripe, pero no podemos estar seguros de que

fuera una víctima de la gripe rusa y la idea de que influyó en su cuadro *El grito* es pura especulación. Por otra parte, es casi seguro que contrajo la gripe española y que cuando se recuperó, pintó una serie de autorretratos: uno de ellos le muestra sentado, amarillo y demacrado, en una silla de mimbre. Algunos han sugerido que estos cuadros describen su melancolía posviral, pero su biógrafa Sue Prideaux no está de acuerdo. Afirma que era melancólico por naturaleza, pero que después de la gripe entró en una etapa muy creativa. Pintó al menos catorce obras importantes en 1919, que sorprenden por su optimismo y su celebración de la naturaleza. «Los colores son claros, el pulso es firme, ni la visión ni la fuerza han disminuido», escribe Prideaux.[8]

No sabemos cuántas personas padecieron depresión como consecuencia de la gripe española, pero es poco probable que la oleada noruega fuera excepcional. Por ejemplo, se ha culpado al síndrome posviral de desencadenar la peor hambruna en un siglo en Tanzania, donde el letargo paralizante impidió que una población ya diezmada plantara cuando llegaron las lluvias a finales de 1918. La «hambruna de los cormos», como se la conoce (el nombre hace alusión a la estructura radicular del banano, con el que las mujeres africanas alimentaban a sus familias en tiempos de hambruna), duró dos años.

Muchas veces los síntomas psiquiátricos eran pasajeros. En 1919, por ejemplo, doscientos pacientes «recuperados» de la gripe ingresaron en el Hospital Psicopático de Boston con delirios y alucinaciones. A una tercera parte de ellos aproximadamente se les diagnosticó *dementia praecox*, un nombre obsoleto para referirse a la esquizofrenia. Se suponía que la *dementia praecox* era incurable, pero cinco años más tarde la mayoría se había recuperado por completo. El psiquiatra que trató a los pacientes de Boston, Karl Menninger, consideró que era necesaria una nueva etiqueta

diagnóstica para describir este síndrome esquizofrénico agudo y reversible que se manifestó como consecuencia de la gripe.[9]

Otra afección neurológica que se ha asociado con la gripe española es la encefalitis letárgica o, dicho más coloquialmente, «enfermedad del sueño». Una oleada de EL recorrió el mundo entre 1917 y 1925, alcanzando su punto álgido en 1921. Se presentaba con síntomas similares a los de la gripe y, como su nombre sugiere, provocaba una profunda somnolencia. Sin embargo, se trataba una somnolencia extraña: aunque los pacientes manifestaban todos los signos externos de la somnolencia, parecían seguir siendo conscientes de su entorno. Una paciente filmada en Alemania en 1925 se durmió mientras movía el dedo hasta la nariz en una prueba de coordinación, pero continuó, aunque de forma un tanto errática, hasta completar la prueba.[10] Una tercera parte de las personas que contrajeron EL, en torno a medio millón de personas en todo el mundo, murió al cabo de unas semanas. Otra tercera parte se recuperó, mientras que el resto acabó desarrollando, tras una dilación que podía durar años, un tipo de parálisis que se asemejaba a la enfermedad de Parkinson avanzada.

¿Estuvo relacionada la epidemia de EL con la de gripe española? Esta cuestión se ha debatido desde los años veinte. Quienes creen que sí mencionan las siguientes «pistas decisivas»: aunque se han notificado casos de EL en otros momentos de la historia, la oleada de los años veinte es la única epidemia registrada; algunos de los primeros casos de la misma se registraron en el frente occidental en el invierno de 1916, durante el brote de bronquitis purulenta; en Samoa Occidental, que se vio gravemente afectada por la gripe, hubo una oleada de EL, pero Samoa Americana se libró de ambas; y el promedio de edad de los afectados fue de veintinueve años.

Las pistas decisivas son una cosa y las pruebas concluyentes, otra, y hasta la fecha los científicos no han logrado establecer un nexo causal entre ambas epidemias. Saben que el virus de la gripe puede desplazarse por el nervio olfativo desde la nariz hasta el cerebro, causando una inflamación que puede provocar ataques epilépticos y embolias cerebrales (otro nombre que recibe la infamación cerebral es encefalitis), y reconocen que la EL se comportó de manera sospechosa como una enfermedad viral en sus primeras fases. Sin embargo, aún tienen que encontrar ARN viral en los tejidos cerebrales extirpados en autopsias a pacientes de EL. Eso no significa que no exista (tal vez simplemente las técnicas no son aún lo suficientemente sensibles como para detectarlo), pero, de momento, aún está por ver.[11]

Ninguno de los pacientes de gripe que llegaron a sufrir trastornos neurológicos o psiquiátricos persistentes fueron «purgados» de la población, en el sentido literal de morir, pero las sociedades encontraron con frecuencia otras maneras de excluirlos. Nontetha Nkwenkwe, por ejemplo, fue encarcelada por contar los sueños que le había provocado la fiebre. Explicaremos su historia en el siguiente apartado, pero terminaremos este con el elocuente caso de Rolando P. El señor P figuró entre esa tercera parte de desafortunados pacientes de EL a los que la enfermedad dejó atrapados en sus propios cuerpos y que normalmente acabaron internados y olvidados, con el rostro sin arrugas incluso en la vejez. El neurólogo británico Oliver Sacks narró en su exitoso libro *Despertares* (1973) la historia de varios de estos pacientes y su mejoría temporal gracias a la levodopa, un fármaco contra el Parkinson. Rolando P fue uno de ellos.

El señor P nació en Nueva York en 1917 en el seno de una familia italiana que acababa de llegar a Estados Unidos y

muy aficionada a la música. A los tres años contrajo unas fiebres. La enfermedad, acompañada de una profunda somnolencia, duró más de cuatro meses y cuando se «despertó», sus padres se dieron cuenta de que se había operado un profundo cambio en él. Su cara era inexpresiva y apenas se podía mover ni hablar. Durante algunos años fue a una escuela para niños con discapacidad mental, pero su falta de equilibrio hizo que su asistencia a la escuela fuera cada vez más problemática y sus padres dejaron de enviarle. «Permaneció en casa desde los once hasta los diecinueve años, sentado ante la corneta de un gramófono Victrola, ya que la música (como había observado su padre) parecía ser lo único con lo que disfrutaba y lo único que lo "devolvía a la vida"». En 1935 el señor P fue ingresado el Hospital Monte Carmelo de Nueva York y como señala Sacks: «Durante los treinta años siguientes, en los que vivió en un pabellón aislado del hospital, no le ocurrió nada destacable, en el sentido más literal de esta expresión».[12]

El sueño de Nontetha

Entre las personas que enfermaron cuando la *umbathalala,* la gripe española, llegó a la región sudafricana de Ciskei en el otoño de 1918 figuraba una mujer xhosa llamada Nontetha Nkwenkwe (*umbathalala* significa «desastre» en xhosa). Cuando recuperó la conciencia después de la fiebre, pensó que había muerto y regresado a la vida. Había gente inclinada sobre ella, sujetando sus manos y salpicándole la cara con agua. Empezó a contar una serie de sueños que había tenido mientras estaba enferma.[13]

En uno de ellos había visto un objeto envuelto en una tela sucia colgado de la rama de un árbol *Zanthoxylum capense.*

Una voz le dijo que era la Biblia, pero que se había podrido. Cuando le pidió a Jesús un pedazo para poder dar fe de lo que había visto, este se negó. «Ya hemos entregado la Biblia al pueblo, pero la ha abandonado», le dijo. También le dijo que los hijos de la gente estaban muriendo en las minas de oro porque habían dejado de rezar y le pidió que fuera a los territorios de los grandes jefes y les preguntara si estaban dispuestos a emanciparse y a colaborar para gobernarse a sí mismos. Debía predicar y persuadirlos para que examinaran sus propias vidas y dejaran de culpar a los europeos de sus desgracias.

A continuación una voz le dijo que la *umbathalala* solo era un anticipo del castigo que Dios iba a enviar a la población por sus pecados. El día del Juicio Final había llegado. «Al mirar a los cielos, vi que se estremecían como el rostro de un hombre cruel. Cuando el sol se elevó sobre la tierra en el este, era rojo como las ascuas. Había una persona dentro del sol y agitaba los puños. Y los cielos se unieron, me asusté y lloré. Oí una voz que me dijo que no debía llorar, sino rezar.» Le correspondía a ella sacar a su pueblo de las ruinas de su vieja sociedad y guiarlo hacia una nueva.

Cuando Nontetha enfermó tenía más de cuarenta años y era la madre viuda de diez hijos. Vivía en un municipio segregado llamado Khulile, en tierras que en otro tiempo habían pertenecido a sus antepasados. Los xhosa habían luchado contra los colonos holandeses y británicos durante el siglo XIX y, aunque habían logrado algunas victorias espectaculares, por entonces estaban pagando muy cara su última derrota. La Ley Agraria de 1913 había reducido el porcentaje de la superficie total del país para los sudafricanos negros a un irrisorio 7,3 por ciento. Concentrados en los bantustanes de Ciskei y Transkei (separados por el río Kei), muchos xhosa se dieron cuenta de que ya no podían vivir solo de la tierra. Los hombres se

vieron obligados a emigrar para encontrar trabajo, dejando a las mujeres a cargo de la casa y la familia durante seis o nueve meses al año. El esposo de Nontetha, Bungu Nkwenkwe, había trabajado primero en las minas de diamantes de Kimberley y después en Saldanha Bay, una zona industrial situada al norte de Ciudad del Cabo, donde había muerto.

Aunque Nontetha era analfabeta, inspiraba respeto en su comunidad por ser una *ixhwele*, una conocedora de las propiedades medicinales de las plantas. Una parte de la labor de una *ixhwele* era interpretar los acontecimientos, sobre todo los traumáticos, y había habido muchos en el último siglo. Ciskei había conocido guerras, hambrunas, inundaciones e incluso plagas de langosta, y muchas de ellas aún perduraban en la memoria. En la segunda mitad de 1918 padecía una grave sequía y entonces llegó la *umbathalala* por las vías del tren, con los hombres que huían aterrorizados de las minas. En la zona de Nontetha murió aproximadamente una de cada diez personas de gripe, más de diez mil, y casi todas las familias se vieron afectadas (ella misma perdió un hijo).

Los testigos explicaron que había cuerpos tendidos en el lugar en el que se habían desplomado, en el bosque o junto a la carretera. Un sobrecogedor silencio se apoderó del país. Un misionero habló de «vacas, ovejas y cabras extraviadas, sin pastor, y no hay nadie para extraer la leche, tan necesaria, de las inquietas vacas». Con tantas personas enfermas, no pudieron plantar o cosechar, lo que agravó el hambre. En vista de las circunstancias, cuando Nontetha contó sus sueños, la gente escuchó. Algunos se rieron, pero otros la tomaron en serio. «Se ha de tener en cuenta que los xhosa conceden mucha importancia a los sueños. Son los instrumentos de mediación entre este mundo y el otro», escribió el poeta xhosa James Jolobe en su poema

«Ingqawule», de 1959. Quienes la escuchaban, regresaban y, poco a poco, fue ganando adeptos. Nontetha se había convertido en una profetisa.

Predicaba al aire libre, vestida con una túnica y un tocado blancos, y con un *umnqayi*, el bastón ceremonial negro que llevaban las mujeres casadas mayores. Para los xhosa, el blanco significaba curación y transformación; para los cristianos, pureza. El mensaje de Nontetha apelaba a ambos, combinando referencias bíblicas y xhosa. Por ejemplo, los xhosa sabían que el árbol *Zanthoxylum capense* contenía una sustancia que, cuando se frota en los pezones de una mujer lactante, induce al bebé a succionar. En su sueño, Nontetha había visto la Biblia colgada de él, lo que significaba que debía persuadir a las personas que se habían apartado de Dios para que regresaran a él. Ella misma había combinado siempre ropas tradicionales y occidentales y, aunque no pertenecía a ninguna congregación religiosa, todos sus hijos habían sido bautizados como metodistas y sentía mucho respeto por la educación misionera.

Nontetha no fue el único profeta que surgió en esa época. Ella no tenía vínculos con organizaciones políticas, pero muchos otros sí. Respondían a las profundas inseguridades de las poblaciones a las que hablaban y al anhelo general de un mundo mejor. Entre los años 1917 y 1920 se organizaron varias huelgas en el Rand, cuando los mineros se incorporaron al movimiento sindical y a una incipiente organización llamada Congreso Nacional Africano (CNA). Una mujer zulú llamada Josephina comenzó a profetizar durante la pandemia y, en 1923, compartió tribuna con el CNA en el Rand y vaticinó plagas de langostas con cabeza humana y cola de escorpión.

Los afrikáners tenían sus propias inseguridades. Constituían más de la mitad de la población blanca del país y se sentían agraviados por la dominación por parte de una

minoría anglófona de la industria, el ejército, las artes y la mayoría de los demás ámbitos de la vida sudafricana. Los recuerdos de la guerra de los bóers de comienzos de siglo, en la que murieron 26.000 afrikáners, y de otra rebelión fallida contra los británicos en 1914, aún causaban rencor. En 1916, una afrikáner llamada Johanna Brandt había vaticinado una gran plaga que iniciaría una sociedad nueva y mejor. Dos años más tarde, su profecía se cumplió. Pero las muertes de afrikáners a causa de la gripe, aunque fueron muy pocas en comparación con las sufridas por la población negra, no hicieron sino agudizar su percepción de que el *volk* estaba en peligro.

Las autoridades tuvieron conocimiento de las actividades de Nontetha en 1922. Muchos de sus mensajes, las advertencias contra los peligros de la brujería y el alcohol, por ejemplo, les habrían interesado de haberse mostrado dispuestas a escuchar. Pero por entonces recelaban mucho de los nuevos movimientos religiosos o políticos que se hacían pasar por religiosos, como ellos los veían. Unos años antes, miles de seguidores de un movimiento cristiano llamado los Israelitas se habían congregado en Bulhoek, a menos de 200 kilómetros de Khulile, para aguardar la llegada del fin del mundo. Cuando no ocurrió lo que había vaticinado su profeta, permanecieron allí igualmente. Los intentos más o menos diplomáticos de dispersarlos fracasaron, la policía recurrió a la violencia y en la matanza que siguió murieron más de 160 israelitas. Las autoridades veían a Nontetha a través del prisma de Bulhoek. La consideraban subversiva y con prejuicios contra los blancos, razones suficientes para arrestarla. Tras declararla no apta para comparecer en juicio por enajenación mental, la internaron en un hospital psiquiátrico en Fort Beaufort, a 80 kilómetros de Khulile.

Fue diagnosticada con *dementia praecox* y puesta en

libertad poco después de su hospitalización con la condición de que se abstuviera de predicar. Los magistrados locales pidieron a los ancianos xhosa que hicieran cumplir la prohibición, pero fueron incapaces de hacerlo, en parte porque las discípulas de la profetisa los desafiaron. Nontetha predicó y sus seguidores acudieron a escucharla. Volvieron a arrestarla e ingresarla en Fort Beaufort, pero esto no desanimó a sus adeptos que, para enfado de la administración del hospital, mantuvieron allí una presencia constante. Por esta razón, en 1924 Nontetha fue trasladada al infame manicomio de Weskoppies en Pretoria, a casi mil kilómetros de su casa. Allí fue testigo de primera mano del lado oscuro del sistema de mano de obra migrante, ya que Weskoppies era una especie de campo de detención para quienes habían ido a las minas a hacer fortuna y estas habían acabado destruyendo sus mentes.

Nontetha se encontró en una situación imposible. Cada vez que insistía en que la inspiraba Dios, sus médicos lo veían como una confirmación de su diagnóstico y una razón para no darla de alta. Sin embargo, sus seguidores no la olvidaron, ni tampoco aceptaron que estuviera loca. En 1927, un grupo de ellos caminó durante dos meses hasta Pretoria y se les permitió verla, aunque desestimaron sus peticiones de que la pusieran en libertad. Más tarde, obligaron a regresar a las «peregrinaciones de gracia» y, en 1935, Nontetha murió de cáncer, separada de su comunidad y probablemente con dolor, sin haber abandonado nunca el hospital. Fue enterrada en una tumba sin nombre después de que las autoridades se negaran a entregar sus restos a sus seguidores.

En 1948, el Partido Nacional, de tendencia derechista, llegó al poder e impuso el *apartheid* en el país (también intentó promover la cultura afrikáner y mejorar la salud de los afrikáners). El CNA fue ilegalizado en 1960 y la

prohibición se mantuvo hasta 1990. El historiador estadounidense Robert Edgar pudo llevar a cabo en la Sudáfrica posterior al *apartheid* indagaciones, hasta entonces bloqueadas, para localizar los restos de Nontetha Nkwenkwe. La localizó en una fosa común en Pretoria, que compartía con un hombre no identificado. El hombre había sido enterrado en un ataúd, una tosca caja, pero ella no. El ataúd se había desintegrado y los huesos se habían mezclado. Durante la exhumación hubo que identificar y separar los restos de dos posibles extraños para poder devolver los de ella a Khulile y que pudieran enterrarlos de nuevo en presencia de su familia y de sus seguidores. Varios miles de personas asistieron al funeral, que se celebró el 25 de octubre de 1998, en el octogésimo aniversario del «octubre negro».

17
Historias alternativas

«Doloroso desajuste, desmoralización, desorden: estos son los síntomas típicos en una sociedad que se recupera de la conmoción de una plaga.»[1] El historiador Philip Ziegler describió con estas palabras las secuelas de la peste negra, pero también se pueden aplicar a la gripe española. Una de cada tres personas del mundo había enfermado. Una de cada diez de estas, quizá incluso una de cada cinco, había muerto. Si la humanidad había mostrado cierta capacidad de recuperación, solo era evidente desde lejos, a escala de la población. En cuanto uno se acercaba, en cuanto se podían divisar individuos, era imposible no asombrarse del precio que las personas habían pagado por esa recuperación.

Las familias tuvieron que recomponerse. Desde una distancia de cien años, parece que todo sucedió como debía, ya que muchos de nosotros estamos vivos hoy gracias a ese juego forzoso de las sillas musicales. Nos remontamos directamente a aquellos antepasados nuestros que sobrevivieron. Sin embargo, al pensar en el porvenir, tal vez ellos imaginaron otros futuros, otras familias. Mientras reformaba su vivienda en 1982, Anders Hallberg, un agricultor que vivía cerca de Sundsvall, en Suecia, encontró un legajo de cartas escondidas entre los ladrillos de una pared. Su familia había habitado la casa durante generaciones. Al abrirlas, vio que se trataba de la correspondencia amorosa que había intercambiado su abuelo, Nils, con su primera esposa, Clara. En el pueblo se la conocía como «la bella Clara» y a Nils le encantaba tocar el piano para ella. En una carta fechada el 17 de enero de 1918,

Clara escribió: «Mi querido Nils [...] Estoy deseando abrazarte y decirte cuánto te he echado de menos. Mi tren llega a las cinco en punto el sábado. Te envío un millar de calurosos saludos y besos. Tu Clara. P.D. Hoy he hablado con Engla y te manda saludos».[2] Nils y Clara se casaron en agosto de 1918, pero Clara murió en el mes de abril siguiente a causa de la gripe española. Nils se volvió a casar algunos años más tarde con Engla y, en 1924, esta dio a luz a un niño, el padre de Anders. Nils nunca volvió a tocar el piano y es evidente que no fue capaz de destruir las cartas.

«Fela habría sido la más hermosa», escribió Jarosław Iwaszkiewicz en *Las señoritas de Wilko*, una novela que el director Andrzej Wajda llevó al cine en 1979, en la que la muerte de Fela a causa de la gripe española atormenta a sus cinco hermanas supervivientes. Durante décadas después, la gente pensó en lo que podría haber sido, en «historias alternativas». Habían muerto muchas personas y la muerte parecía haber golpeado a menudo de forma aleatoria. ¿Qué habría ocurrido si lo hubiera hecho de un modo diferente? Era algo que preocupaba a los que habían sobrevivido, quizás incluso una especie de culpa del superviviente. Los padres ancianos que habían perdido a hijos adultos lo soportaban en silencio, como se esperaba de ellos, y por eso es célebre la pintura de Schiele *La familia*, pero no sabemos nada del dolor de su madre, Marie, que le sobrevivió diecisiete años.

En este reajuste mundial, algunos cayeron en el olvido: los inválidos permanentes, incluidos los melancólicos, que ya no podían trabajar y que eran tan incomprendidos como los veteranos de guerra que padecían la «depresión de Flandes», aunque probablemente más numerosos; las viudas sin ninguna esperanza de encontrar otro marido; los huérfanos a los que nadie quería. Como la gripe afectó a la población con edades comprendidas entre los veinte y los cuarenta

años, muchas personas dependientes se vieron privadas del principal sostén de la familia. Algunas acabaron atrapadas en una red de protección muy frágil y raída. Entre ellas figuraban los afortunados beneficiarios de las pólizas de seguros de vida: el sector de los seguros de vida estadounidense pagó casi cien millones de dólares en indemnizaciones después de la pandemia, el equivalente a 20.000 millones en la actualidad. Otras fueron nombradas en testamentos. Por ejemplo, tras la muerte a causa de la gripe de un inmigrante alemán en Estados Unidos, su viuda y su hijo recibieron una suma de dinero. Lo invirtieron en inmuebles y hoy la fortuna de su nieto supuestamente asciende a miles de millones de dólares. Su nombre es Donald Trump. No obstante, a la mayoría le aguardaba un futuro menos prometedor. Un estudio realizado en Suecia determinó que, por cada muerte a causa de la gripe, cuatro personas acabaron en un albergue para pobres.[3] Las personas a las que por entonces se aceptaba en un albergue público en Suecia recibían alimentos, ropa y asistencia médica, y tenían cubiertos los gastos de su funeral, pero se las declaraba incapacitadas legalmente.

Este tipo de estudios son escasos. La mayor parte de la información de que disponemos sobre estas víctimas es anecdótica y sus voces son débiles. La situación de los huérfanos es especialmente preocupante. Aunque no existen datos concretos sobre ellos, y aunque nacieron menos niños durante la guerra que en tiempos de paz, el hecho de que la gripe afectara a personas en la plenitud de la vida, incluidos progenitores jóvenes, sugiere que la cifra pudo ser muy elevada. La adopción no estaba organizada como ahora y muchos se habrían integrado en la familia extensa o habrían quedado bajo tutela del Estado. Ante Franicevic nació en un pueblecito junto al río Neretva en Croacia y era uno de los cuatro hermanos que perdieron a ambos progenitores y a su

abuela paterna a causa de la gripe en cuestión de días. Fueron criados por una serie de parientes que no se ocuparon de ellos hasta que Ante, al alcanzar la mayoría de edad, decidió abandonar Croacia junto con un amigo y empezar una nueva vida en África. Llegaron a Rodesia del Norte (Zambia) poco después de que la empresa minera Anglo American se hubiera instalado allí para explotar las minas de Copperbelt. La zona donde se encontraban estaba prácticamente deshabitada y al principio acamparon en una selva infestada de serpientes, pero su suerte fue cambiando con la de la empresa, sobre todo cuando la demanda de cobre aumentó en el periodo previo a la segunda guerra mundial. Ante trabajó para la Anglo American durante veinticinco años, se casó, formó una familia y se jubiló, holgadamente, en Sudáfrica.

Cuando los huérfanos no tenían a nadie que se hiciera cargo de ellos, sus perspectivas eran muy poco prometedoras. En los años setenta, una anciana alemana, Pauline Hammer, escribió a Richard Collier y le contó que había perdido a sus padres a causa de la gripe en 1919. Su hermana de dieciocho años había intentado mantener unida a la familia: Pauline, de ocho años, otros dos hermanos y un hermano adoptivo, «pero al cabo de nueve meses más o menos tuvimos que separarnos». No explicaba lo que les había sucedido, solo que la pérdida de sus padres había ensombrecido su vida. ¿Se despertaron las conciencias de algunos gobiernos? Es posible, aunque difícil de demostrar, que la existencia de los huérfanos de la gripe contribuyera a que se legalizara la adopción de menores en Francia en 1923 y en Gran Bretaña tres años más tarde, tras un siglo de campañas infructuosas. Estas leyes beneficiaron a millones de niños, pero llegaron demasiado tarde para ayudar a muchos de los huérfanos de la gripe española.

El sida ha creado millones de huérfanos y el ébola, miles.

Las organizaciones de asistencia social denuncian que estos huérfanos tienen más probabilidades de abandonar la escuela, padecer desnutrición, vivir en las calles, ser explotados por adultos y caer en la prostitución y la delincuencia. Esa es la situación hoy y, en 1918, no era mejor. Se estima que 500.000 niños quedaron huérfanos solo en Sudáfrica durante el «octubre negro». El Gobierno sudafricano, junto con la policía, el servicio de correos, los ferrocarriles y algunas instituciones religiosas, pusieron en marcha un ambicioso programa de construcción de orfanatos, pero estuvo dirigido principalmente a la minoría blanca. Hicieron muy poco por los cientos de miles de huérfanos negros o de color que, si no eran acogidos, a menudo acababan convertidos en trabajadores en régimen de servidumbre (sirvientes o peones agrícolas) o en vagabundos.

En 1919, un fiscal de Ciudad del Cabo que procesó a un «remanente de la gripe» de color por robo hizo un vívido retrato del acusado: «No tiene casa y desconoce qué ha sido sus padres. No sabe su edad ni su nombre propio, y no tiene apellido, que él sepa. Él y otros duermen bajo el muelle, en los viejos contenedores, y en los compartimentos de los trenes, preferentemente en los de primera clase cuando se presenta la oportunidad. Parece medio muerto de hambre y come basura o cualquier cosa que pueda conseguir, y dice que nunca ha ido a la escuela». Era «uno de las decenas de niños de su edad que vagan por la ciudad y duermen en cualquier sitio». El presidente del tribunal lo declaró culpable y le envió a un reformatorio durante cuatro años.

En su camino hacia la recuperación, las sociedades ignoraron los elementos problemáticos. Nacieron más niños, una cifra récord en los años veinte, y las poblaciones se repusieron. Algunos países también experimentaron un repunte económico. En Estados Unidos, la producción

industrial y la actividad empresarial sufrieron un grave revés debido a la gripe en 1918 (salvo las empresas especializadas en productos sanitarios), pero cuando los economistas Elizabeth Brainerd y Mark Siegler examinaron las tasas de mortalidad de la gripe estado por estado y las compararon con las previsiones de ingresos personales para la década siguiente, hallaron una sorprendente correlación: cuanto mayor fue la tasa de mortalidad, mayor fue el crecimiento de la renta per cápita durante los años veinte. No se trataba de nueva riqueza, sino de un indicador de la capacidad de una sociedad para recuperarse después de una conmoción violenta.[4]

No todas las comunidades se recuperaron. En la nación insular de Vanuatu se hablan hoy más de 130 lenguas locales, además del inglés, el francés y el idioma nacional, el bislama, lo que la convierte en el país con mayor densidad lingüística del mundo (cada lengua local tiene, por término medio, entre 1.000 y 2.000 hablantes). En algunas partes del archipiélago de Vanuatu murió el 90 por ciento de la población durante la gripe española y esta epidemia, junto con otras de viruela y lepra que asolaron las islas a principios del siglo XX, causó la extinción de unas veinte lenguas locales. La población aún se está recuperando de aquel catastrófico colapso, pero esas veinte lenguas, y las culturas asociadas a ellas, han desaparecido para siempre.[5]

Algunos han culpado de los males sociales que aquejan hoy a muchas sociedades pequeñas a las epidemias, incluida la gripe española (aunque el contacto con extranjeros, además de introducir nuevas enfermedades, también cambió sus vidas en muchos sentidos). Cuando Johan Hultin regresó a Brevig Mission en 1997 para reabrir la fosa común en la que habían enterrado a las víctimas mortales de la gripe, se encontró con un lugar triste y sin esperanza, muy diferente al que había visitado en 1951. Por aquel entonces, los

lugareños aún practicaban la pesca de ballenas y la caza, y eran autosuficientes; ahora dependían de las ayudas sociales.[6] Obviamente, la pesca de ballenas y la caza son actividades peligrosas y puede que la impresión de Hultin fuera equivocada: tal vez los astutos lugareños decidieron aceptar el dinero que les ofrecía el Gobierno para poder dedicar su tiempo y sus energías a actividades menos peligrosas pero gratificantes. Sin embargo, las conclusiones de un informe de la Comisión de Nativos de Alaska sugieren otra cosa. Publicado tres años antes, describía a los alaskeños como un «pueblo cultural y espiritualmente paralizado», que había pasado a depender de otros para que lo alimentaran, educaran y guiaran.[7]

La comisión atribuyó parte de la culpa a las epidemias que habían causado la muerte de los chamanes y los ancianos, los depositarios del conocimiento y la tradición en las culturas de Alaska, y habían creado muchos huérfanos. A principios del siglo XX, era una práctica común apartar a estos huérfanos de sus comunidades y recluirlos en instituciones centralizadas. La idea era que con ello se fomentaría su integración en una comunidad más grande y diversa, y se ampliarían sus horizontes. Sin embargo, lo que experimentaron fue una «pérdida cultural duradera», según el informe. Estos problemas, agravados por la competencia con los forasteros por los recursos naturales y el trabajo en las industrias locales, habían desembocado en una situación en la que «la condición social y psicológica de los nativos ha variado de manera inversa al aumento de los programas gubernamentales destinados a ayudarlos». Dicho de otro modo, cuanto más dinero inyectaba el Gobierno, más se disparaban las tasas de alcoholismo, delincuencia y suicidio en Alaska.

Una de las personas que colaboraron en la elaboración del informe de 1994 fue el anciano yupik Harold Napoleon. Dos

años antes de su publicación, mientras cumplía condena en el Centro Penitenciario de Fairbanks por haber matado a su hijo pequeño mientras estaba borracho, escribió un ensayo titulado *Yuuyaraq*. Yuuyaraq, que significa literalmente «la manera de ser un ser humano», es el nombre del mundo tradicionalmente habitado por los yupik, un mundo repleto de espíritus animales y humanos. El ensayo de Napoleon era un lamento por aquel mundo perdido y un intento de comprender lo que le había sucedido a su pueblo. Su tesis, basada en sus experiencias personales y en las de sus compañeros de prisión, era que las epidemias que los habían golpeado durante casi dos siglos habían destruido su cultura y los habían traumatizado, tanto que ni siquiera podían hablar de ello. «Hasta hoy, el *nallunguaq* sigue siendo una manera de abordar los problemas o los sucesos desagradables en la vida de los yupik. Los ancianos aconsejan a los jóvenes *nallunguarluku*, "fingir que no sucedió". Tuvieron que fingir que no sabían muchas cosas. Al fin y al cabo, no solo se trataba de que hubieran muerto sus seres queridos, sino también de que habían visto derrumbarse su mundo», escribió.[8]

18
Anticiencia, ciencia

En 1901, Gustav Klimt escandalizó a la sociedad vienesa cuando presentó *Medicina*, una pintura que formaba parte de la serie de obras que le habían encargado para decorar el techo del Aula Magna de la Universidad de Viena. El tema de la serie era el triunfo de la luz sobre la oscuridad, pero la pintura de Klimt incluía una representación esquelética de la muerte en medio de una cascada de cuerpos desnudos: el río de la vida. El significado era evidente: en las artes curativas, la oscuridad seguía triunfando sobre la luz. El Ministerio de Educación se negó a colocar *Medicina* en el techo y Klimt renunció al encargo alegando que quería guardarse la obra. El ministerio, temeroso de que intentara exponerla en el extranjero, respondió que se trataba de una propiedad del Estado y envió a agentes de policía a incautarla. Klimt los amenazó con una escopeta y tuvieron que marcharse con las manos vacías.[1]

El artista había visto morir a su padre, a un hermano y a una hermana, y su madre y otra hermana padecieron enajenación mental. Como en el caso de muchos hombres y muchas mujeres famosos, y de muchos más que no lo eran, la enfermedad había arruinado su vida. Tampoco fue el único en recriminar a la profesión médica su arrogancia a principios del siglo XX. En 1906, George Bernard Shaw escribió la obra teatral *El dilema del doctor,* en la que el eminente médico sir Colenso Ridgeon juega como un dios con el destino de sus pacientes (se dice que sir Almroth Wright, en el que se basaba el personaje, se había marchado de una representación). Pero en Europa, la cuna de la teoría

de los gérmenes, se nadaba contra corriente. Solo después de la gripe española se generalizó una reacción en contra. El 28 de octubre de 1918, *The Times* de Londres se quejó del abandono y la falta de previsión, y confiaba en que «alguien rindiera cuentas por la salud de la nación». «La ciencia no ha sido capaz de protegernos», afirmaba *The New York Times*, un periódico que se dirigía a una de las naciones del planeta con mayor entusiasmo científico.[2] «¡No más fármacos!», clamaban por todas partes los enemigos de la medicina occidental.

La arrogancia de la comunidad médica fue castigada, al menos en los países industrializados. Los irregulares se habían atribuido unas tasas de curación más altas que los médicos ordinarios y aumentaron sus partidarios. Durante las dos décadas siguientes, mientras los científicos discutían sobre las causas de la gripe española, prosperaron y adquirieron respetabilidad, incluida la denominación más honorable de «medicina alternativa». En los años veinte, en algunas ciudades de Estados Unidos, una tercera parte de las personas que acudían a médicos convencionales también visitaban a alternativos. La quiropráctica llegó a la Europa continental a principios de esa década y, a finales de la misma, el único continente en el que no se practicaba era la Antártida. En cuanto a la homeopatía, Royal S. Copeland, el hombre que había estado a cargo de la salud de los neoyorquinos durante la pandemia, y quien como cirujano y homeópata tenía un pie en ambos campos, la legitimó cuando, siendo senador por Nueva York, se aseguró de que su farmacopea fuera aprobada en virtud de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos de 1938.

Los irregulares tenían una concepción de la salud fundamentalmente diferente a la de Iliá Méchnikov. Para el lugarteniente de Pasteur, la naturaleza era esencialmente inarmónica y necesitaba ayuda, en especial la vacunación,

para guiarla hacia la salud. Para ellos, la enfermedad era el resultado de una perturbación de la armonía natural, al igual que la vacunación, a la que se oponían rotundamente. Benedict Lust, el padre de la naturopatía, calificó a la teoría de los gérmenes de «la patraña más gigantesca de la época moderna».[3] Cuando el prestigio de los irregulares se acrecentó, algunas de sus ideas penetraron en la conciencia popular y fueron adoptadas incluso por los médicos convencionales. La más importante de ellas fue el énfasis en la prevención, que iba más allá de la higiene e incluía el deporte, la conciencia del cuerpo y la dieta. Estas ideas llegaron a las masas con la aprobación y el aliento de las elites, que vieron en ellas una forma fácil de distraer a las clases bajas de la peligrosa tentación del comunismo. Así, el rey de España, el mismo Alfonso XIII cuyo famoso caso de gripe había influido en el nombre que se asignó a la pandemia, otorgó el imprimátur real al Madrid Club de Fútbol en 1920, creando el Real Madrid Club de Fútbol, y convirtió el fútbol en un pasatiempo nacional.

En el siglo XIX habían surgido los movimientos de retorno a la naturaleza como un antídoto contra la industrialización, pero habían sido muy elitistas. En los años veinte, movimientos como el *Lebensreform* (reforma de la vida) en Alemania, que abogaba por el vegetarianismo, el nudismo y la homeopatía, ampliaron su área de influencia, atrayendo a aquellos sectores de la población más afectados por la gripe española. En 1918, los italoamericanos de Nueva York, al igual que los judíos de Odesa, habían mantenido las ventanas totalmente cerradas, convencidos de que los espíritus o el aire viciado causaban enfermedades. Ahora, la luz del sol y el aire puro se convirtieron en sinónimos de salud y, para 1930, los conceptos de naturaleza y limpieza estaban firmemente asociados. En contra de lo que cabía esperar, el otrora vigoroso movimiento antitabaco se hundió

después de la guerra. Se había animado a fumar a las tropas como el sustituto menos malo de otros pecados, pero también se había promovido como un profiláctico contra la gripe española. Al estar por entonces asociado con propiedades beneficiosas, se puso de moda. Las mujeres se sumaron.

Entre los enemigos más acérrimos de la medicina convencional figuraban los miembros de la Ciencia Cristiana, que se oponían prácticamente a todas las intervenciones médicas. Una vez terminada la pandemia, afirmaron que la oración por sí sola había demostrado ser superior a los métodos convencionales, y sus adeptos aumentaron rápidamente en esa época tanto en Estados Unidos, donde se había originado, como en el extranjero. Surgieron nuevos movimientos de curación por la fe. Filadelfia padeció de forma especialmente grave la gripe y, en octubre de 1918, mientras *The New York Times* proclamaba el fracaso de la ciencia, el *Sword of the Spirit*, el portavoz de Tabernáculo de la Fe, con sede en Filadelfia, publicó los testimonios de los «curados» de la gripe española con el titular «Testigos de la sanación divina de Dios». Ese año, Tabernáculo de la Fe se estableció en la Costa de Oro (Ghana), que también se había visto muy afectada y donde se calcula que murieron 100.000 personas en seis meses, y no tardó en propagarse a Togo y Costa de Marfil. A finales de los años veinte, Tabernáculo de la Fe había perdido fuerza en África occidental, pero pervive en los movimientos pentecostales africanos, que hacen hincapié en la curación divina y en el don de hablar en lenguas desconocidas.

Muchos africanos sufrieron una crisis de comprensión en 1918, ya que ni los misioneros cristianos, a los que asociaban con la medicina occidental, ni sus curanderos tradicionales fueron capaces de explicar la epidemia.[4] Surgió una nueva

generación de profetas, que propusieron una visión del mundo diferente. Nontetha Nkwenkwe, una superviviente de la gripe, fue una de ellos en Sudáfrica y su historia acabó trágicamente en un enfrentamiento con la medicina occidental. Pero los africanos no fueron los únicos que atravesaron por una crisis intelectual. «La ciencia victoriana habría dejado un mundo duro, limpio y desnudo como un paisaje lunar, pero esta ciencia es en realidad solo una pequeña luz en la oscuridad y, fuera de ese reducido círculo de conocimiento definitivo, vemos la siluetas y las sombras de gigantescas y fantásticas posibilidades a nuestro alrededor, que se proyectan continuamente en nuestra conciencia de tal modo que resulta difícil ignorarlas», escribió sir Arthur Conan Doyle en 1921.[5]

Conan Doyle, el creador británico del detective más científico, Sherlock Holmes, dejó de escribir ficción después de perder a su hijo a causa de la gripe española y se dedicó al espiritismo, la creencia en que los vivos se pueden comunicar con los muertos. El espiritismo había sido popular en el siglo XIX, pero experimentó un resurgimiento después de 1918, en parte debido a la descripción de Albert Einstein del tiempo como la cuarta dimensión (si había cuatro, ¿por qué no podía haber más, algunas de las cuales albergaran espíritus inquietos?). En 1926, Conan Doyle fue invitado a hablar ante los miembros de una sociedad científica en la Universidad de Cambridge, quienes escucharon cortésmente aunque con escepticismo su descripción del ectoplasma como la base material de todos los fenómenos psíquicos.[6]

En general, los años veinte fueron una época de apertura intelectual en la que se pusieron a prueba y se pisotearon los límites. Con la publicación de su teoría general de la relatividad en 1915, Einstein había introducido la idea de la subjetividad del observador. Niels Bohr y Werner

Heisenberg argumentaban, una década después de la gripe española, que no hay conocimiento sin incertidumbre. Cualquier científico que hubiera sido testigo de la pandemia, sobre todo si recordaba las perspicaces reflexiones de Émile Roux sobre los *êtres de raison* (organismos cuya existencia solo se puede deducir de sus efectos), comprendía que la buena ciencia exigía una mente abierta, rigor experimental y una saludable dosis de humildad.

Parte del mérito de que estas ideas circularan por entonces le corresponde al papa. En 1919 no quedaba nada de la comunidad científica internacional que había prosperado antes de la guerra. De haberse organizado una conferencia científica internacional ese año, habrían quedado excluidos los alemanes y los austriacos. El Vaticano había contrariado a ambos bandos al declararse neutral en 1914 y, en 1921, el papa Benedicto XV, deseoso de restablecer la paz y volver a congraciarse, resucitó la moribunda Academia Linceana, una precursora de la Pontificia Academia de las Ciencias. Le encomendó la misión de restablecer las relaciones científicas internacionales, considerando la búsqueda de una verdad desinteresada como el vehículo perfecto para el diálogo, pero fue muy selectivo. Solo las ciencias «puras» o experimentales reunían los requisitos: la física, la química y la fisiología. En su opinión, las ciencias aplicadas cuya finalidad era resolver los problemas humanos eran subjetivas y, por tanto, susceptibles de reproducir las tensiones que habían conducido a la guerra.[7]

No obstante, la entente se acabó extendiendo a todas las ciencias y, para los años treinta, la ciencia médica se había redimido hasta cierto punto. Se estableció la virología como disciplina, empezaron a producirse las primeras vacunas contra la gripe y Fleming descubrió la penicilina mientras intentaba sin éxito cultivar el bacilo de Pfeiffer en una placa

de Petri. Para entonces, el naturópata y luchador estadounidense Jesse Mercer Gehman había amasado una fortuna, gracias a su éxito publicando revistas de remedios naturales, que superaba a la del magnate de la prensa William Randolph Hearst (cuya madre, Phoebe, había muerto de gripe española). Y los nazis, en el poder en Alemania, se habían apropiado de la idea de la naturaleza como limpieza para legitimar la purificación de la población alemana, un proyecto que acabaría desembocando en la segunda guerra mundial. Cuando las Schutzstaffel (SS) se retiraron al final de la guerra, prendieron fuego al castillo austriaco en el que se habían almacenado las obras del Museo Belvedere de Viena para su conservación, entre ellas *Medicina* de Klimt. Lo único que se conserva en la actualidad son unos cuantos bosquejos y algunas fotografías de mala calidad. El artista nunca descubrió cuál fue su destino, ya que murió en febrero de 1918. Había sufrido una apoplejía y contraído una neumonía mientras estaba hospitalizado. Algunos han sugerido que se trató de unos de los primeros casos de gripe española.

19
Sanidad para todos

Si algo habían aprendido las autoridades sanitarias de la pandemia era que ya no tenía sentido culpar a un individuo por contraer una enfermedad infecciosa ni tratarlo aisladamente. En los años veinte, muchos gobiernos adoptaron el concepto de medicina socializada: asistencia sanitaria gratuita para todos.

No se puede implantar un sistema de salud universal de golpe. Hace falta tiempo para desarrollar un sistema de este tipo y para que llegue a ser realmente universal. El primer paso y el más importante es averiguar cómo se va a sufragar. Alemania fue pionera en este ámbito: el canciller Otto von Bismarck estableció un programa nacional de seguro médico en 1883. Con este sistema gestionado de forma centralizada y financiado por el Estado, cuyo espíritu pervive en el moderno sistema de salud del país, los alemanes podían esperar recibir tratamiento y cobrar una prestación por enfermedad durante un máximo de trece semanas. Gran Bretaña y Rusia establecieron sistemas de seguro médico en los años diez del siglo XX, pero la mayoría de los países del oeste y el centro de Europa no siguieron su ejemplo hasta la década siguiente.

Una vez que se dispone de fondos para su financiación, el siguiente paso es reorganizar la manera de prestar la atención sanitaria. En Alemania, durante la gripe española, la asistencia sanitaria estaba fragmentada. No había una política nacional de salud, aunque se había planteado esta idea en 1914, y los médicos trabajaban o bien por su cuenta o bien financiados por organizaciones benéficas o

instituciones religiosas, un patrón que se repetía en todos los países industrializados. En 1920, un higienista social de Baden llamado Ernst Künz propuso una profunda reforma, por la que el Gobierno formaría y pagaría a los médicos de los distritos y se elegirían consejos de salud en todos los niveles de la administración del país.[1] La propuesta de Künz fue ignorada, tal vez, como han sugerido algunos, porque al admitir que hacía falta un cambio, los médicos alemanes habrían reconocido su incapacidad para gestionar la gripe española y no estaban dispuestos a hacerlo.

Así pues, Rusia fue el primer país en implantar un sistema de asistencia sanitaria centralizado y totalmente público en 1920. No era universal, ya que no cubría a las poblaciones rurales (serían finalmente incluidas en 1969), pero fue un logro extraordinario y el impulsor del mismo fue Vladimir Lenin. Sabía muy bien que, aunque la revolución había triunfado, el precio había sido la casi aniquilación de la clase obrera por culpa de las hambrunas, las epidemias y la guerra civil. Los médicos temieron sufrir persecución con el nuevo régimen (a los bolcheviques no les gustaban mucho los intelectuales), pero Lenin les sorprendió pidiéndoles que participaran en todos los niveles de la nueva administración sanitaria, que al principio hizo un especial hincapié en la prevención de las epidemias y las hambrunas.

Los soviéticos expusieron la visión oficial del médico del futuro en 1924, cuando el Gobierno instó a las facultades de medicina a formar a médicos con, entre otras cosas, «la capacidad de estudiar las condiciones laborales y sociales que causan las enfermedades y que no solo curen las enfermedades, sino que propongan formas de prevenirlas».[2] Lenin comprendió que la medicina debía ser no solo biológica y experimental, sino también sociológica, y fue más o menos por esa época cuando la epidemiología, la ciencia de los patrones, las causas y los efectos de las

enfermedades, es decir, el pilar de la salud pública, obtuvo pleno reconocimiento como ciencia.

La epidemiología necesita datos y, en los años siguientes a la pandemia, la notificación de los datos sanitarios se volvió más sistemática. En 1925, todos los estados de Estados Unidos participaban en un sistema nacional de notificación de la morbilidad. El sistema de alerta temprana del que lamentablemente no se disponía en 1918 empezó a perfilarse y los funcionarios de la sanidad pública también empezaron a mostrar más interés por la salud «básica» de la población. La primera encuesta nacional de salud se realizó en Estados Unidos en 1935, dieciocho años después del «horrible ejemplo», cuando el reconocimiento médico masivo de los reclutas del ejército reveló unos sorprendentes niveles de enfermedades y de deformidades prevenibles o curables.

Los gobiernos reforzaron su preparación contra las epidemias. En ningún lugar fue este logro más notable que en China, donde en los años posteriores al brote de peste de Manchuria en 1911, Wu Lien-teh había sentado, sin apenas ayuda, las bases de un sistema de salud moderno. En 1912 creó el Servicio de Prevención de las Enfermedades del Norte de Manchuria. Al año siguiente se legalizó la disección en las facultades de medicina y en 1915 se creó la Asociación Médica Nacional para promover la medicina occidental en China, de la que fue el primer secretario. Después de que Chiang Kai-shek expulsara del poder a los caudillos, su régimen centralizó la recopilación de datos sanitarios y en 1930 se creó en China el Servicio Nacional de Cuarentena. Con su primer director, Wu, esta organización supervisó las medidas de cuarentena en todos los grandes puertos de China y envió informes epidemiológicos periódicamente a la Sociedad de Naciones en Ginebra. Dos años después de coronarse sah de Persia, el general Reza Khan había arrebatado los servicios de cuarentena en el golfo Pérsico a

los británicos, aunque no sin lucha, y, entre 1923 y 1936, su gobierno multiplicó por veinticinco las asignaciones presupuestarias para las infraestructuras sanitarias del país. [3]

A medida que se fue disponiendo de más datos sobre las enfermedades, y más personas se incorporaron a la «red» sanitaria universal, el ámbito de la epidemiología se amplió. En sus inicios se había centrado principalmente en las enfermedades infecciosas, pero pronto incluyó también las enfermedades no contagiosas o crónicas, y en 1970 los epidemiólogos estaban interesados en cualquier cuestión relacionada con la salud, incluso los homicidios. Esta evolución reflejaba tanto el progreso científico como el cambio demográfico, ya que las enfermedades cardíacas, el cáncer y, en fecha más reciente, las demencias superaron a las enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad.

Cuando Gran Bretaña creó el Servicio Nacional de Salud (NHS) en 1948, la neumonía, la tuberculosis, la polio y las enfermedades venéreas aún mataban a un gran número de personas y uno de cada veinte bebés moría antes de cumplir un año (diez veces más que en la actualidad). La ciencia médica no era como en la actualidad, pero había avanzado mucho desde 1918: había antibióticos modernos y, desde 1955, una vacuna contra la polio. Por eso el NHS y otros sistemas similares fueron tan transformadores. Las personas pobres que antes no recibían ninguna atención sanitaria, que tenían que confiar en la medicina popular, muchas veces peligrosa, o en la caridad de los médicos, podían ahora curarse de muchas enfermedades. Los ancianos fueron uno de los sectores que más notaron el cambio, ya que muchos de ellos habían estado condenados a terminar sus vidas en los desatendidos «pabellones de incurables» o en asilos para pobres. El NHS fue pionero en el desarrollo de la medicina

geriátrica en Gran Bretaña.

Hoy en día muchos de nosotros damos por segura la sanidad gratuita, por lo que es fácil olvidar que, en los años cuarenta, el concepto fue extremadamente impopular en algunos sectores. Los médicos intentaron bloquear el NHS durante los dos años previos a su nacimiento al considerar que ponía en peligro sus ingresos y su independencia. Se veía como un sinónimo de socialismo, una «conspiración socialista», y en una ocasión Winston Churchill, del Partido Conservador, atacó al ministro de Sanidad laborista Aneurin Bevan en la Cámara de los Comunes y le calificó de «una desgracia para su país». De hecho, el temor a una «conspiración socialista» es la razón de que en Estados Unidos sigan sin tener un sistema de salud universal, donde los seguros médicos sufragados por el empleador empezaron a proliferar a partir de los años treinta.

Muchos países crearon ministerios de sanidad o los reorganizaron en los años veinte. Fue una consecuencia directa de la pandemia, durante la que los responsables de la salud pública fueron totalmente excluidos de las reuniones de los consejos de ministros o se tuvieron que limitar a solicitar fondos y competencias a otros departamentos. Ahora tenían un asiento en la mesa y, gracias a ello, la salud pública se fue convirtiendo cada vez más en responsabilidad del Estado. Al mismo tiempo, los políticos se dieron cuenta de que podían utilizar las medidas de salud pública para extender su influencia sobre las poblaciones. La salud pasó a ser política, y en ningún lugar más que en Alemania.

Pese a que la propuesta de reforma de Ernst Künz fue ignorada, el foco de atención de la atención sanitaria en Alemania fue cambiando gradualmente de la práctica privada a la sanidad pública durante la Republica de Weimar (1919-1933) y, cuando el Partido Nazi llegó al poder, los médicos alemanes estaban acostumbrados a cooperar con el

Gobierno en la prestación de atención médica. La eugenesia había sido una poderosa corriente de pensamiento desde hacía mucho tiempo, pero en la Alemania de los años treinta, la teoría eugenésica tal como la formulaban los nazis se convirtió en la práctica médica general.

Una de las primeras leyes que aprobaron los nazis, en 1933, fue la Ley para la prevención de descendencia con enfermedades hereditarias, también conocida como «Ley de esterilización», cuyo objetivo era prohibir que se reprodujeran a las personas denominadas genéticamente inferiores. Los «tribunales de salud genética», formados por jueces y médicos (los médicos actuaban como «abogados del Estado»), tomaban decisiones sobre la esterilización forzosa de individuos en sesiones en las que se prohibía el acceso al público, y a veces en menos de diez minutos. Una ampliación posterior de la ley permitió ordenar abortos hasta el sexto mes de embarazo.[4]

Se llegó a considerar el estado sanitario de una nación como un indicador de su modernidad o civilización. Cuando mejoró la vigilancia de las enfermedades y los problemas sanitarios en las colonias de África y Asia cobraron mayor visibilidad, se convirtieron en un motivo de vergüenza para las potencias coloniales. Al mismo tiempo, la población autóctona de esas colonias comenzó a mostrarse molesta por su situación y culpó a los colonizadores de no prestar una atención sanitaria adecuada. Miraban con envidia a Rusia y su sistema de cobertura universal. El Occidente capitalista tenía que idear su propia solución y a menudo se encargó de ello la Fundación Rockefeller.

La Fundación Rockefeller era la filial filantrópica de Standard Oil, creada en el estado de Nueva York en mayo de 1913 por John D. Rockefeller, el propietario de la compañía; Frederick Taylor Gates, su consejero filantrópico, y su hijo John D. Rockefeller Jr. La División Internacional de Salud de

la fundación, creada seis semanas más tarde, se convertiría en uno de los actores más importantes en el ámbito de la salud pública internacional en el periodo de entreguerras, ayudando a combatir las enfermedades no solo en muchas colonias y nuevos Estados independientes, sino también en Europa occidental. Por ejemplo, en 1922, firmó un acuerdo con el Gobierno de España que sentó las bases para la creación de un sistema de salud moderno en el país. También ayudó a Wu a reformar la formación médica en China, sobre todo a través de la Facultad de Medicina de la Unión de Pekín, a la que financió.

Rockefeller no fue el único. El Instituto Pasteur también desplegó sus alas en esos años y, en 1922, estableció una filial en Teherán, consecuencia directa de las conversaciones entre Émile Roux y los delegados persas presentes en la conferencia de paz de París, que estaban traumatizados por la devastación que la gripe española había causado en su país. En el periodo inmediatamente posterior a la posguerra, cuando Europa se vio asolada por las epidemias, no solo de gripe, sino también de tifus y tuberculosis, algunas entidades religiosas se ocuparon de la ayuda humanitaria a las zonas afectadas, y en 1919 se creó el Save the Children Fund para proporcionar ayuda a los niños austriacos y alemanes, desnutridos y enfermos, que eran víctimas de la guerra y el bloqueo de los Aliados.

En el marco de toda esta actividad, bien intencionada pero relativamente descoordinada, se consideró necesario establecer un nuevo tipo de organización sanitaria internacional. En 1907 se había creado la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en París, con la aprobación de veintitrés estados europeos, pero su función consistía principalmente en recopilar y difundir información sobre las enfermedades infecciosas, no en poner en marcha programas de salud pública. Hacía falta algo con más

iniciativa y, en 1919, con el respaldo del Comité Internacional de la Cruz Roja, con sede en Ginebra, se inauguró en Viena una oficina internacional cuya misión expresa era combatir las epidemias.

Fue aquí, en el plano internacional, donde chocaron las dos fuerzas opuestas que influyen en la salud pública, la socialización y la politización. En cuanto se inauguró la oficina contra las epidemias, las naciones empezaron a discutir si se debía incluir o no a las potencias derrotadas y algunos elementos antisemitas empezaron a presionar para que los refugiados judíos fueran sometidos a cuarentena en campos de concentración en el este de Europa. (La expresión «campo de concentración» ni siquiera era nueva; ya se había utilizado veinte años antes para denominar a los campos que construyeron los británicos para internar a las mujeres y los niños bóer durante la segunda guerra bóer; concebidos para alojar a los refugiados, no tardaron en estar infestados de enfermedades.) También surgieron preguntas sobre los prisioneros de guerra alemanes que aún estaban en Rusia: si entre ellos había agitadores bolcheviques, ¿se les debía permitir regresar a su país?

Eglantyne Jebb, la fundadora británica de Save the Children, destacó en este debate por su insistencia en la inclusión, también de los bolcheviques. Y no solo la oficina contra las epidemias fue manipulada por motivos políticos, o percibida como tal. Algunos también sospechaban que Rockefeller practicaba el neocolonialismo con el pretexto de la filantropía. La fundación consideraba que su cometido era llevar la ilustración al estilo estadounidense a «las razas deprimidas y olvidadas», y mantenía una relación estrecha con empresarios y misioneros de los países a los que llevaba esa ilustración (posteriormente, su reputación se vio empañada por su participación en los programas de eugenesia nazis).

A principios de los años veinte, la Sociedad de Naciones creó su propia organización sanitaria y esta, junto con la oficina contra las epidemias, la Organización Panamericana de la Salud, más antigua, y la organización con sede en París, fue la precursora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actual. Cuando la Sociedad de Naciones y su división sanitaria se disolvieron en 1939 al estallar la segunda guerra mundial, envió un claro mensaje a los artífices de la futura OMS: la nueva organización no debía depender para su supervivencia del organismo matriz, la ONU. Por tanto, cuando se constituyó la OMS en 1946, fue una institución independiente. Para entonces, la eugenesia habían caído en desgracia y su constitución consagraba un enfoque totalmente igualitario de la salud. Declaraba, y aún lo hace, que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

20
Guerra y paz

Erich Ludendorff, el general al frente del esfuerzo de guerra alemán, creía que la gripe española le había arrebatado la victoria. Se han formulado muchas especulaciones hipotéticas sobre la primera guerra mundial. ¿Qué habría sucedido si el gobierno liberal de Herbert Asquith hubiera mantenido al margen a Gran Bretaña, como estuvo a punto de hacer en 1914? ¿Qué habría pasado si Estados Unidos no hubiera entrado en la guerra tres años más tarde? ¿Qué habría ocurrido si Fritz Haber no hubiera descubierto cómo producir amoniaco a partir de nitrógeno e hidrogeno, lo que permitió a los alemanes seguir fabricando explosivos pese al bloqueo naval de los Aliados, que les impedía recibir cargamentos de salitre? Las cosas sucedieron como sucedieron debido a multitud de procesos complejos e interrelacionados, e intentar aislar uno de ellos podría inducir a error. Sin embargo, la afirmación de Ludendorff merece un examen más detenido, aunque solo sea porque no ha sido el único en formularla. En este siglo la han repetido académicos que se dedican a estudiar las guerras.

Cuando las Potencias Centrales lanzaron la ofensiva de primavera a finales de marzo de 1918, contaban con ventaja. El colapso del frente oriental había liberado a un gran número de aguerridos soldados a los que entonces adiestraron en tácticas modernas, como la infiltración en las líneas enemigas (las ágiles tropas de asalto). Pese a que la comida escaseaba tanto en el país como en las trincheras por culpa del bloqueo, los alemanes creían haber llegado a un punto de inflexión y se mostraban optimistas. En cambio, la

moral de los Aliados era baja. Sus efectivos eran insuficientes y estaban cansados tras años de ofensivas fallidas contra el otro bando. El otoño anterior había estallado un motín en Étaples, que fue brutalmente sofocado.

La primera fase de la ofensiva dio resultado y, para principios de abril, los alemanes ya habían hecho retroceder a los Aliados más de sesenta kilómetros. El 9 de abril lanzaron una segunda fase, la operación Georgette, y siguieron ganando terreno. El comandante en jefe británico sir Douglas Haig urgió en un tono sombrío a sus hombres a «pelear» hasta el final. Pero entonces Georgette empezó a perder ímpetu y fue cancelada a finales de abril. El 27 de mayo comenzó la tercera fase, la operación Blücher, pero a principios de junio ya mostraba signos de debilidad. Un eficaz contraataque francés detuvo la batalla del káiser en julio y, a partir de agosto, los Aliados lanzaron una serie de ofensivas que expulsaron a las Potencias Centrales de Francia y pusieron fin a la guerra.

Para junio, las Potencias Centrales habían dejado atrás sus líneas de suministro y también estaban exhaustas. Pero como muestra esta cronología, las cosas ya habían empezado a ir mal para ellas antes, en torno a mediados de abril. Fue entonces cuando apareció por primera vez la gripe en las trincheras. Ambos bandos sufrieron un gran número de bajas a causa de la enfermedad, pero Ernst Jünger, un soldado de asalto alemán al que habían enviado con su compañía a defender un bosquecillo situado a veinte kilómetros al sur de Arras (los británicos lo llamaban el bosque de Rossignol y los alemanes, Bosquecillo 125), creía que su bando se había visto más gravemente afectado. Más tarde recordaría que varios de sus hombres enfermaban cada día, mientras que un batallón que debía relevarlos fue casi «aniquilado». «Pero nos enteramos de que la enfermedad también se propagaba entre las líneas enemigas; aun así,

nosotros, con nuestras escasas raciones, estábamos más expuestos. Los jóvenes, sobre todo, morían a menudo de la noche a la mañana. Además nos encontrábamos en un estado permanente de alerta, ya que una nube de humo negro se cernía en todo momento sobre el Bosquecillo 125 como sobre el caldero de una bruja.»[1]

La mayoría de los historiadores se muestran reacios a afirmar que la gripe determinó la victoria en la guerra, aunque coinciden en que aceleró el fin de las hostilidades. Sin embargo, hay dos que se han desmarcado y han señalado que la gripe «castigó» a las Potencias Centrales con más severidad que a los Aliados, influyendo en el desenlace de la contienda. El historiador militar David Zabecki está de acuerdo con la afirmación de Jünger de que la gripe se vio agravada por la desnutrición en las filas alemanas,[2] mientras que el politólogo Andrew Price-Smith afirma que la mortífera oleada de otoño podría haber sido la puntilla que acabó con el tambaleante Imperio austrohúngaro.[3] Tal vez Ludendorff vio lo que se avecinaba para Alemania: hacia finales de septiembre sufrió algo parecido a una crisis nerviosa y su personal llamó a un psiquiatra.

En el otoño de 1918, la situación en Europa central era pésima, aunque quienes se encontraban fuera de sus fronteras no fueron conscientes de la gravedad real de la misma hasta después de que hubiera terminado la guerra. El escritor Stefan Zweig vio un anticipo cuando su tren fue detenido en la frontera suiza mientras viajaba a su Austria natal en los meses posteriores al armisticio. Allí le pidieron que abandonara los «relucientes y limpios» vagones suizos y se subiera a los austriacos:

> Y solo bastaba con poner el pie en ellos para adivinar lo que le había ocurrido a este país. Los revisores que señalaban los asientos a los pasajeros se arrastraban de un lado para otro, delgados, hambrientos y desarrapados; los uniformes, rotos y gastados, colgaban holgados de sus hundidos hombros. Las correas para subir y bajar las ventanillas habían sido cortadas, porque cualquier trozo de cuero tenía un gran valor. Bayonetas y cuchillos depredadores habían

causado estragos también en los asientos; trozos enteros del acolchado habían sido salvajemente arrancados por algún desaprensivo que querría remendarse los zapatos y sacaba el cuero de donde lo encontraba. Asimismo, alguien había robado los ceniceros para aprovechar el poquito de níquel y cobre que contenían.[4]

El economista británico John Maynard Keynes advirtió sobre la terrible situación en los países derrotados en su libro *Las consecuencias económicas de la paz* (1919). «Durante los meses pasados, los informes acerca de las condiciones sanitarias en los Imperios centrales han sido de tal carácter, que la imaginación se entristece y casi peca uno de sentimentalismo al referirlas», escribió, antes de pasar a citar un periódico vienés: «En los últimos años de la guerra, solo en Austria murieron, por lo menos, 35.000 individuos de tuberculosis; solo en Viena, 12.000. Hoy nos encontramos con un número de individuos que son tratados como tuberculosos, de 350.000 a 400.000 [...] Como resultado de la mala nutrición, está creciendo una generación sin sangre, sin músculos, sin articulaciones y sin cerebro». Sabemos que los tuberculosos eran especialmente vulnerables a la gripe y, de ser cierto que la segunda oleada de la pandemia llegó a Suiza y a Francia desde el este, como sugieren algunas fuentes, entonces puede que Austria-Hungría hubiera estado expuesta durante más tiempo que estos países y sufriera, en proporción, más bajas. Así pues, parece posible que haya algo de verdad en la afirmación de Ludendorff y que la gripe favoreciera a los Aliados.

¿Y la paz? ¿También tuvo la gripe algo que ver con eso? Algunos historiadores creen que sí. La tercera oleada llegó a París durante el proceso de paz y los delegados que participaban en las difíciles y prolongadas negociaciones se vieron afectados por ella de manera directa o indirecta. Wellington Koo, de la delegación china, que trataba de conseguir la devolución de Shantung a China y, en última instancia, restaurar la dignidad del país, perdió a su mujer. T. E. Lawrence, Lawrence de Arabia, que acompañaba a la

delegación árabe encabezada por el príncipe Faisal (más tarde el rey Faisal I de Irak), tuvo que ausentarse brevemente a Inglaterra cuando supo que su padre se estaba muriendo a causa de la gripe. Llegó dos horas después de que Lawrence padre hubiera muerto, dio media vuelta y regresó de inmediato, ya que no quería estar alejado mucho tiempo de los debates sobre el futuro de los territorios predominantemente árabes que hasta hacía poco habían pertenecido al Imperio otomano.[5] David Lloyd George se había recuperado del ataque del otoño anterior, pero al primer ministro francés, Georges Clemenceau, le atormentaron los «resfriados» durante los meses de marzo y abril. Clemenceau había sobrevivido a un intento de asesinato en febrero y, aunque quizá fueran las secuelas de la bala que tenía alojada detrás de su omóplato, también podría haberse tratado de la gripe española.

Sin embargo, tal vez la víctima más importante de la gripe que afectó a París esa primavera fue el presidente de Estados Unidos, Woodrow Wilson. Siguió al pie del cañón, pero los analistas se percataron de que este hombre, normalmente tranquilo y reflexivo, se volvía en ocasiones olvidadizo, irascible y proclive a prejuzgar (por desgracia, su asesor más cercano, Edward House, también contrajo una fuerte gripe). Wilson padecía una debilidad neurológica subyacente y podría haber estado sufriendo ataques isquémicos transitorios, o miniderrames cerebrales, durante años.[6] Algunos neurólogos actuales que han estudiado su caso afirman que la gripe provocó nuevos miniderrames aquella primavera (otros discrepan, y es sabido que el diagnóstico retrospectivo es un tema complicado). De ser así, ¿afectaron al resultado de las negociaciones?

Wilson fue, sin duda, un protagonista clave en las negociaciones. Provisto de sus Catorce Puntos, libró una batalla muchas veces solitaria en favor de una paz moderada

y una Sociedad de Naciones contra sus homólogos europeos, con más ansias de venganza. Sin embargo, uno de sus biógrafos recientes, John Milton Cooper Jr., no cree que el precario estado de su salud esa primavera tuviera unas consecuencias duraderas. Cooper afirma que básicamente logró todos sus objetivos en París, con la importante excepción de Shantung, que fue concedida a Japón a cambio del compromiso de que se incorporara a la Sociedad de Naciones, lo que causó un gran enfado a los chinos y pesar a Wilson. En cuanto a las reparaciones que debían pagar las naciones derrotadas, posiblemente el resultado más pernicioso del proceso de paz debido a la humillación y a las penurias que infligió a Alemania, los delegados solo se pusieron de acuerdo sobre el principio general, no sobre las cantidades que esta debía abonar. Estas las acordaron posteriormente los representantes de todas las naciones que habían ratificado el tratado y Estados Unidos no figuró entre ellas.[7]

Sin embargo, aunque los expertos no se ponen de acuerdo sobre cuál era el estado neurológico de Wilson en la primavera de 1919, sí hay un cierto consenso en torno a la apoplejía masiva que sufrió en el mes de octubre siguiente. Creen que es indudable que tuvo algo que ver el ataque de gripe anterior. La apoplejía dejó una huella indeleble tanto en Wilson (quedó paralizado del lado izquierdo) como en la política mundial, en opinión del Cooper, ya que le incapacitó para convencer al gobierno estadounidense de que ratificara el Tratado de Versalles o se uniera a la Sociedad de Naciones. Alemania tuvo que pagar reparaciones punitivas, lo que avivó el resentimiento de su población, algo que podría no haber ocurrido si Estados Unidos hubiera tenido voz y voto. Al convertir a Wilson en el principal obstáculo para conseguir sus propios objetivos, la gripe española podría haber contribuido de manera indirecta a la segunda

guerra mundial.

Además del proceso de paz, la gripe influyó en otros acontecimientos políticos importantes. En marzo de 1919, Yákov Sverdlov, presidente del Comité Ejecutivo Central Panruso, contrajo la enfermedad y murió al cabo de una semana. Sverdlov, un hombre menudo e imperioso, con una voz grave, al que le gustaba vestir de la cabeza a los pies de cuero negro, había sido la mano derecha de Lenin desde que este resultara gravemente herido en un intento de asesinato el mes de agosto anterior. León Trotski contó que Lenin llamó por teléfono al comisariado de guerra para comunicarle la noticia de la muerte de Sverdlov: «“Se ha ido. Se ha ido. Se ha ido”. Durante un momento, los dos sostuvimos el auricular en nuestras manos y se podía oír el silencio en el otro extremo. Después colgamos».[8] Sverdlov fue enterrado en la plaza Roja en el primer gran funeral de Estado de los bolcheviques. Los sustitutos de Sverdlov se fueron sucediendo, todos ellos sin su formidable energía e inadecuados para la ingente tarea de construir un Estado comunista desde cero, hasta que, en 1922, Iósif Stalin asumió el cargo.

Dos meses antes de enfermar en mayo de 1918, el rey de España, Alfonso XIII, evitó por poco un golpe de Estado. Tras levantarse de su lecho de enfermo, consiguió formar un nuevo gobierno de coalición después de solicitar a las facciones contrarias que se sentaran a la mesa y amenazar con abdicar si no lo hacían. Fue su último intento desesperado de salvar el «turno pacífico», el compromiso que había puesto fin a la crisis del siglo XIX al garantizar que los liberales y los conservadores se turnaran en gobiernos elegidos por él. Algunos han afirmado que si el rey no se hubiera recuperado o su convalecencia se hubiera prolongado más tiempo, España se habría convertido en una dictadura varios años antes de que esto realmente ocurriera.

Un golpe encabezado por el general Miguel Primo de Rivera en 1923 dio comienzo a un periodo de dictadura, para la que se habían sentado las bases durante la dictadura sanitaria de 1918.[9]

En el otoño de 1918 una oleada de huelgas obreras y protestas antiimperialistas recorrió el mundo. El descontento había estado latente desde antes de las revolución rusa de 1917, pero la gripe avivó las llamas al exacerbar una situación de abastecimiento que ya era muy grave y poner de relieve las desigualdades. Arrojó un rayo por todo el planeta que iluminó las injusticias del colonialismo y a veces también del capitalismo. Los eugenistas, que habían advertido cuánto habían sufrido las clases bajas, tendieron a atribuirlo a que su linaje era inferior. Pero las clases bajas también habían advertido las desigualdades y las interpretaron como una prueba de su explotación por parte de los ricos. Por ejemplo, en la colonia francesa de Senegal no pasó inadvertido que los médicos coloniales recetaron champán a los europeos y vino a los locales.[10] En Alemania estalló una revolución en noviembre de 1918, en plena oleada de otoño, e incluso la ordenada Suiza evitó por poco una guerra civil después de que grupos izquierdistas culparan al Gobierno y al mando militar de la elevada cifra de muertes que se produjo en el ejército.

En Samoa Occidental se registró una de las tasas de mortalidad relacionada con la gripe más altas del mundo. Perdió a más de uno de cada cinco habitantes después de que un vapor neozelandés infectado, el *Talune*, llegara a Apia, su capital, en noviembre de 1918. La catástrofe exacerbó el resentimiento de los autóctonos hacia la administración neozelandesa de las islas y en los años veinte se produjo un resurgimiento del Mau, un movimiento de protesta no violento que se había movilizado contra los ocupantes anteriores de las islas, los alemanes (Nueva

Zelanda arrebató las islas a Alemania al comienzo de la guerra). En 1929, durante una manifestación pacífica en Apia, la policía intentó detener a líder del movimiento Mau, el gran jefe Tupua Tamasese Lealofi, y se produjo un forcejeo. La policía abrió fuego contra la multitud y mató a Tamasese y a otras diez personas. La popularidad del Mau no hizo sino aumentar desde entonces y, tras varios intentos fallidos, Samoa Occidental (ahora Samoa) por fin consiguió la independencia en 1962. La vecina Samoa Americana sigue siendo un territorio estadounidense.

En Corea, como ya hemos visto, los coreanos tenían el doble de probabilidades de morir a causa de la gripe española que sus amos coloniales, los japoneses. La tasa de mortalidad relacionada con la gripe en Egipto fue aproximadamente el doble que en Gran Bretaña. En marzo de 1919, los coreanos se alzaron organizados en un movimiento independista que los japoneses no tardaron en aplastar (los coreanos lograron finalmente la independencia tras la segunda guerra mundial), y ese mismo mes los egipcios y los sudaneses se sublevaron contra sus «protectores» británicos, una revolución que permitiría a Egipto obtener la independencia en 1922. En marzo de 1919, las tensiones en la India se agravaron debido en gran parte a la gripe. Sin embargo, en este país no llegarían a un punto crítico hasta el mes siguiente.

Gandhi y las bases populares

Mahatma Gandhi se dedicó durante todo el verano de 1918 a reclutar soldados indios para el esfuerzo bélico británico. Cuando llegó el otoño, estaba exhausto y, mientras se encontraba en su *ashram* a las afueras de Ahmedabad, sufrió lo que creyó que era un ligero ataque de

disentería. Tomó la decisión de matar de hambre a la fuerza extraña para expulsarla de su cuerpo, pero cedió a la tentación y comió un cuenco de gachas dulces que le había preparado Kasturba, su mujer. «Bastó para invitar al ángel de la muerte. Al cabo de una hora, la disentería se presentó de una forma aguda», escribió más tarde.[11]

No era disentería, sino gripe española, una variedad gástrica en su caso, e incapacitó a Gandhi en un momento decisivo en la lucha por la independencia de la India. En 1918 tenía cuarenta y ocho años. Había regresado a la tierra de sus antepasados tres años antes, después de haber vivido durante décadas en Sudáfrica aprendiendo los gajes del activismo en pro de los derechos civiles. Desde entonces, sus objetivos habían sido dos: reclutar para el esfuerzo de guerra británico y movilizar a los indios mediante la protesta no violenta o *satyagraha*. Algunos miembros del movimiento independentista consideraban que estos objetivos se excluían mutuamente. No era el caso de Gandhi. Para él, la contribución de la India al esfuerzo de guerra de los Aliados era una baza para negociar que, una vez ganada la guerra, podría utilizar para conseguir cierto grado de autogobierno, como mínimo el estatus de dominio. La contraparte era la *satyagraha*, un recordatorio a los británicos de que los indios estaban dispuestos a luchar pacíficamente por lo que les pertenecía legítimamente.

Dos de las primeras *satyagrahas* que organizó Gandhi en suelo indio tuvieron lugar en Gujarat, el estado en el que había nacido y donde construyó su *ashram* cuando regresó de Sudáfrica. En la primera, que comenzó en febrero de 1918, movilizó a los trabajadores textiles de la ciudad más grande de Gujarat, Ahmedabad, para que protestaran contra los bajos salarios. Unos meses más tarde convenció a los campesinos del distrito de Kheda, que se encontraban al borde de la hambruna debido a la pérdida de las cosechas

provocada por el monzón, para que protestaran en contra de la exigencia del Gobierno de que siguieran pagando un impuesto sobre la tierra.

Ambas *satyagrahas* habían tenido como resultado que se atendieran algunas de las exigencias de los manifestantes, aunque no todas, y cuando Gandhi enfermó, ya se le consideraba en los círculos intelectuales un futuro líder de la nación. El problema era que carecía de apoyo popular. En Kheda había movilizado a miles de personas, no a centenares de miles. Lo consideraba un comienzo, el despertar político del campesinado gujarati. Sin embargo, solo fue consciente de hasta dónde tenía que llegar ese mes de junio, cuando regresó a Kheda para instar a los campesinos a alistarse en el ejército y estos se negaron. «Usted cree en la *ahimsa* [no violencia]. ¿Cómo puede pedirnos que tomemos las armas?», señalaron.

La segunda oleada de la gripe española, que se declaró en septiembre, se vio agravada por la sequía. El agua era desesperadamente escasa aquel otoño caluroso y seco. «La gente mendigaba agua. Se peleaba para conseguir agua; robaba agua», informó un misionero estadounidense.[12] En el campo, el ganado moría por la falta de hierba y había que vigilar a los bueyes para que no saltaran a los pozos persiguiendo el olor a humedad. La primera cosecha anual estaba lista para su recogida y había que sembrar la segunda, pero como la mitad de la población estaba enferma, no había personal para realizar estas tareas. En la presidencia de Bombay, la provincia a la que pertenecía Gujarat, los precios de los alimentos básicos se duplicaron. El Gobierno no detuvo la exportación de trigo hasta octubre, el mes en que la epidemia alcanzó su punto máximo. Para entonces, la gente se subía a los trenes de mercancías en marcha para robar cereales y no paraban de llegar refugiados famélicos a la ciudad de Bombay, donde el cólera también se ensañó con

ellos. Los cadáveres obstruyeron los ríos, ya que no había suficiente leña para incinerarlos.

Las autoridades coloniales estaban pagando el precio de su larga indiferencia por la salud de la población autóctona, ya que no estaban en absoluto preparadas para hacer frente al desastre. En la presidencia, la atención sanitaria pública se limitaba a las ciudades y era insuficiente, ya que muchos médicos se habían ido a la guerra. La enfermería aún estaba en su infancia en la India y el único grupo de enfermeras capacitadas se encontraba en la ciudad de Bombay. Aunque morían más personas en las ciudades que en las zonas rurales, solo se podía conseguir ayuda en las primeras. En su mayoría, las aldeas y las comunidades remotas quedaron abandonadas a su suerte.

El Gobierno pidió ayuda y la consiguió, principalmente de organizaciones estrechamente vinculadas al movimiento por la independencia. Muchas de ellas trabajaban activamente a favor de la reforma social, lo que significaba que tenían capacidad para movilizar a decenas de organizaciones de castas y comunitarias locales. Recaudaron fondos y organizaron centros de socorro y la distribución de medicamentos, leche y mantas. En general, sus iniciativas también se limitaron a los centros urbanos, pero Gujarat fue una excepción. En este estado, al que a veces se conoce como la cuna de la libertad de la India no solo porque nació allí Gandhi, sino también debido a su larga historia de resistencia frente al poder colonial, sucedió algo insólito.

Cuando las autoridades municipales de Ahmedabad se negaron a permitir que convirtieran una escuela en un hospital (pese a que habían aumentado los impuestos para subir el sueldo al funcionario de salud de la ciudad, algo que la prensa local se apresuró a señalar), una organización a favor del autogobierno que había ayudado a organizar la *satyagraha* de Kheda, el Gujarat Sabha, creó un comité de

ayuda para responder a las apremiantes necesidades en las alejadas aldeas del distrito de Ahmedabad. Incluso Ambalal Sarabhai, uno de los propietarios de las fábricas que se habían opuesto a las exigencias de Gandhi en nombre de los trabajadores textiles en el mes de febrero anterior, aportó fondos.

Varios cientos de kilómetros más al sur, en el distrito de Surat, los luchadores por la libertad también fueron los primeros en actuar, en especial tres jóvenes idealistas: los hermanos Kalyanji y Kunvarji Mehta, y Dayalji Desai. Habían sido seguidores del primer líder del movimiento independentista, Bal Gangadhar Tilak, quien no se oponía a la violencia si esta ayudaba a conseguir el autogobierno (Kunvarji Mehta incluso fabricó una bomba, aunque nunca la detonó). Sin embargo, con el tiempo, se dejaron seducir por los métodos más pacíficos de Gandhi. Los tres pertenecían a castas del Gujarat rural (los Mehta eran *patidars,* una casta media, y Desai era un *brahmin anavil*, una casta superior) y habían renunciado en los años diez a sus empleos públicos para crear *ashrams* en Surat. Su objetivo era educar a los jóvenes de sus respectivas castas sobre la lucha por la libertad de la India y sobre la necesidad de llevar a cabo reformas sociales, sobre todo en el sistema de castas.

Los dos *ashrams*, el de Mehta y el de Desai, aportaron el personal para una operación de ayuda contra la gripe en todo el distrito. Los Mehta, financiados por organizaciones nacionales partidarias de la independencia, crearon un dispensario gratuito. Sus alumnos se encargaban del reparto y el propio Kalyanji iba de casa en casa en bicicleta. Retiraban los cadáveres para incinerarlos. Y cuando la rama en Surat de la organización de Tilak, la Liga de Autogobierno, puso en marcha un programa de vacunación, los dos *ashrams* volvieron a proporcionar voluntarios. Sus

iniciativas se complementaron con las del comisario municipal de Surat, quien, más activo que su homólogo de Ahmedabad, estableció dos dispensarios móviles y creó un pabellón de enfermedades infecciosas en un hospital local.

No está claro con qué vacunaron los estudiantes voluntarios a la población. Ese otoño fabricaron dos vacunas en dos laboratorios gubernamentales, pero su disponibilidad era muy limitada y solo en diciembre, cuando lo peor de la epidemia ya había pasado, se distribuyó de manera generalizada y gratuita una nueva vacuna. Es probable que los medicamentos administrados fueran ayurvédicos. En 1918, la medicina occidental aún no contaba con una amplia aceptación en la India y la mayoría de la población seguía confiando en el ayurveda cuando enfermaba. La eficacia de estos medicamentos, como la de las vacunas, era dudosa, pero los estudiantes los llevaron hasta los pueblos más remotos del distrito y esto los puso en contacto con grupos sociales «atrasados», incluidos, por primera vez, los adivasis.

Los adivasis (a los que posteriormente se designaría «tribus desfavorecidas») recibieron con recelo a los estudiantes (aquellos forasteros pertenecían a castas que los habían explotado desde siempre) y muchos rechazaron los medicamentos que llevaron. Unos cuestionaban la eficacia del ayurveda, otros sostenían que la única respuesta posible contra la enfermedad era intentar aplacar a los dioses cuya ira sin duda habían provocado. La paciencia y el pragmatismo de Kalyanji Mehta los convencieron y muchos acabaron tomando los medicamentos (su hermano llegó a adquirir fama de taumaturgo por sus esfuerzos para mejorar sus vidas). Según estimaciones conservadoras, la operación de ayuda en el distrito de Surat benefició a 10.000 personas (hindúes, musulmanes, cristianos, miembros de tribus e intocables por igual) y los jóvenes luchadores por la libertad se ganaron el respeto de los habitantes de Surat, Ahmedabad

y Bombay, que leyeron sobre sus hazañas en los periódicos. [13]

Entretanto, en el *ashram* de Gandhi, varios miembros prominentes del movimiento de independencia enfermaron ese otoño de gripe, incluida la valiente viuda Gangabehn Majmundar, la maestra de hilado en la que Gandhi había depositado sus esperanzas de lograr que la India fuera autosuficiente en tejidos; su amigo el pastor anglicano Charles Andrews, y Shankarlal Parikh, que había desempeñado un papel clave en la campaña de Kheda. Gandhi tenía demasiada fiebre para poder hablar o leer y no podía evitar una sensación de fatalidad: «Todo el interés por la vida había cesado».

Los médicos acudieron a ofrecerle sus consejos, pero rechazó la mayoría de ellos. Muchos le reprendieron por su promesa de no beber leche, como consecuencia de su rechazo a la práctica de la *phooka*, que consiste en insuflar aire en la vagina de una vaca para inducirla a producir leche. Un médico argumentó con el respaldo de Kasturba que, en vista de sus razones, quizá no tuviera inconveniente en beber leche de cabra, ya que no se practicaba la *phooka* a las cabras. Accedió, pero más tarde lo lamentó amargamente. Para Ghandi era inaceptable renunciar a la propia filosofía para seguir con vida: «Esta prolongada y primera enfermedad larga de mi vida me brindó una oportunidad única de examinar mis principios y someterlos a prueba». No se puede afirmar con seguridad, pero es posible que su recuperación fuera lenta debido a que contrajo una neumonía. La noticia de su enfermedad, y de su obstinación, no tardó en propagarse, y el portavoz del Gujarat Sabha, *Praja Bandhu*, se lo recriminó: «La vida del señor Gandhi no le pertenece. Pertenece a la India».

Gandhi aún seguía enfermo en noviembre cuando recibió la noticia de la derrota de Alemania. La idea de que podía

abandonar la campaña de reclutamiento supuso un enorme alivio, pero apenas se había empezado a recuperar cuando leyó en los periódicos sobre el informe de Rowlatt. Se trataba de un documento incendiario en el que el juez Sidney Rowlatt, del consejo legislativo del virrey, recomendaba prorrogar la ley marcial en tiempos de paz. Las libertades civiles habían estado suspendidas durante toda la guerra, lo que significaba que se podía detener a los indios sin cargos y se los podía juzgar sin un jurado. Rowlatt creía que los niveles de sedición y terrorismo justificaban que se mantuviera esta situación. Los indios habían confiado en conseguir más libertad y, en cambio, lo que obtuvieron fue más represión.

El proyecto de ley de Rowlatt se aprobó en febrero de 1919 y desató una oleada de disturbios. Gandhi aún estaba débil. «En esa época no podía elevar la voz lo suficiente en los mítines. La incapacidad de intervenir en los mítines de pie todavía perdura. Todo mi cuerpo temblaba y comenzaba a sentir fuertes palpitaciones cuando intentaba hablar de pie durante algún tiempo.» Sin embargo, no cabía duda de que estaría a la altura de las circunstancias. Para canalizar el descontento por lo que denominaba «actos negros», organizó una *satyagraha*. Dayalji Desai y Kalyanji Mehta respondieron a su llamamiento en Surat. Estos dos hombres, a los que las barreras de las castas normalmente habrían mantenido alejados, se unieron en la lucha por el autogobierno y se los conocía como «Dalu-Kalu».

La *satyagraha* contra la Ley Rowlatt culminó en los trágicos acontecimientos del 13 de abril de 1919, cuando el general de brigada Reginald Dyer ordenó a sus tropas que dispararan contra la multitud desarmada en Amritsar, matando a cerca de 400 personas según el gobierno (más de mil según otros cálculos). El historiador británico A. J. P. Taylor sostenía que la gripe española condujo directamente

a este incidente, al agravar las tensiones en el país, y que señaló «el momento decisivo en que los indios se distanciaron del dominio británico».[14] Diez días más tarde, el periódico *Young India*, partidario de la independencia, publicó un editorial que reflejaba el estado de ánimo cada vez más sombrío de la nación. Titulado «Salud pública», describía la sensación que reinaba en las calles de Bombay de que a un gobierno que permitía que seis millones de personas murieran de gripe (la estimación de la cifra de muertos en la India en ese momento) «como ratas sin ninguna ayuda», no le importaría que murieran unos cuantos más a balazos. El poeta Rabindranath Tagore escribió a un amigo en mayo, justo antes de renunciar a su título de caballero en señal de protesta por la matanza de Amritsar, que los británicos adolecían de «la misma clase de ignorancia de las leyes eternas que muestran los pueblos primitivos cuando persiguen a una supuesta bruja a la que achacan la causa de su enfermedad mientras llevan los gérmenes de la enfermedad en su propia sangre».[15]

En 1920, se celebró una reunión extraordinaria del partido del Congreso Nacional Indio en Calcuta. Los hermanos Mehta figuraron entre quienes acompañaron a Gandhi en un tren especial desde Bombay. Cuando prometió el autogobierno al cabo de un año si el Congreso respaldaba su llamamiento a organizar una *satyagraha* en todo el país, Kunvarji Mehta se sintió inspirado. Regresó a Gujarat y más tarde colaboró aportando cinco localidades a la causa. Se calcula que medio millón de trabajadores fueron a la huelga en 1921 y muchos más en los años siguientes. La promesa de Gandhi resultó ser prematura; la dura batalla por la independencia se alargaría hasta 1947. Pero en 1921, gracias en buena medida a la gripe española, fue el líder indiscutible del movimiento de independencia y contó con el apoyo popular.

21
La musa de la melancolía

Quienes reflexionan sobre la gripe española se preguntan a menudo por qué, mientras dejó un cúmulo de lápidas en casi todos los cementerios del mundo, apenas dejó huella en el arte de la época. Los artistas que trataron de describirla, de conectar esa sucesión de ceros con alguna idea del sufrimiento humano, son desconcertantemente pocos. ¿Por qué? Es una cuestión a la que se ha prestado poca atención y que se debe investigar. De momento, todo lo que podemos hacer es esbozar el terreno y plantear algunas hipótesis.

Lo primero que hay que decir es que el arte no fue el mismo después de la gripe. Las aguas artísticas no siguieron fluyendo suavemente, con su superficie en calma. Se produjo una ruptura tan violenta como la separación del mar Rojo. En los años veinte, el deseo de romper vínculos con el romanticismo, de reducir al máximo y desechar la exuberancia de una época anterior equivocada, estuvo presente en todas las artes. Los pintores y los escultores volvieron a los temas clásicos. Los arquitectos se deshicieron de los ornamentos y diseñaron edificios funcionales. La moda hizo algo similar, descartando los colores y las curvas, mientras que la música experimentó una serie de revoluciones paralelas. El compositor austriaco Arnold Schönberg creó un sistema musical totalmente nuevo, el dodecafónico, y el compositor de origen ruso Ígor Stravinski, influido por el *jazz*, se propuso sustituir el sentimiento por el ritmo.

Fue una época en la que el mundo artístico dio la espalda a la ciencia y al progreso, una década en la que los artistas

decían que, al fin y al cabo, no tenían nada que ver con los antiguos. Se suele atribuir este nuevo pesimismo a la guerra. Se nos dice que fue la respuesta de la humanidad a la muerte a una escala inimaginable, pero hubo otra matanza mucho mayor contra la que los avances de la ciencia se había mostrado impotentes: la gripe española. No es posible desligar los efectos de la gripe y de la guerra en la psique de quienes vivieron en ese momento, pero quizá no sea necesario. El desafío es más modesto: demostrar que la gripe española contribuyó a que se produjera ese cambio psicológico.

Tal vez el silencio más desconcertante es el de la literatura. Por ejemplo, en su estudio sobre la gripe en Estados Unidos, Alfred Crosby mencionaba que ninguno de los escritores «supuestamente hipersensibles» que surgieron en esa época en su país la había abordado: ni F. Scott Fitzgerald (que enfermó al final de la epidemia, mientras terminaba su primera novela, *A este lado del paraíso*), ni Ernest Hemingway (cuya novia, Agnes von Kurowsky, cuidó a los soldados enfermos de gripe en Italia), ni John Dos Passos (que la contrajo en un transporte militar mientras cruzaba el Atlántico), ni el médico William Carlos Williams (que realizaba sesenta visitas al día en el momento álgido de la crisis). ¿Por qué estos escritores la ignoraron?

Citando de nuevo a Maurois: «Las mentes de las diferentes generaciones son tan impenetrables unas por otras como las mónadas de Leibniz». Sin embargo, merece la pena señalar dos cosas. En primer lugar, casi cualquier escritor conocido que fuera adulto en 1918 se vio afectado de manera directa o indirecta por una grave enfermedad. Fitzgerald padeció tuberculosis, al igual que Anna Ajmatova y Katherine Mansfield; Hermann Hesse fue declarado no apto para el servicio militar en 1914, un dudoso honor que compartió con Hemingway; Tagore perdió a su esposa y a

varios hijos por culpa de las enfermedades, y tanto Luigi Pirandello como T. S. Eliot tuvieron esposas a las que se consideró dementes. Cuando Klimt amenazó con una escopeta a los hombres que fueron a requisar *Medicina*, es posible que estuviera «hablando» por todos ellos.

En segundo lugar, los escritores que eran adultos en 1918 habían crecido en la tradición romántica ejemplificada por *La montaña mágica* de Thomas Mann, que empezó a escribir en 1912 pero no publicó hasta 1924. En esta novela, la enfermedad que aqueja a los pacientes de un sanatorio alpino representa la decadencia moral de Europa en vísperas de la primera guerra mundial. Para los románticos, la enfermedad era simbólica, una metáfora de la enfermedad del alma. No tenía interés en sí misma, tal vez porque estaban rodeados de ella. La tenían demasiado cerca; no podían verla. Sin embargo, la situación estaba cambiando. Un año después de la publicación de *La montaña mágica*, la escritora británica Virginia Woolf, que padeció una invalidez permanente, escribió un ensayo titulado *De la enfermedad,* en el que se preguntó por qué la literatura no había explorado el fértil terreno de la enfermedad: «Si se tiene en cuenta lo común que es la enfermedad, el tremendo cambio espiritual que provoca, los asombrosos territorios ignotos que se descubren cuando las luces de la salud se apagan [...] resulta extraño que la enfermedad no haya ocupado un lugar con el amor, la guerra y los celos entre los principales temas de la literatura».

Esta pregunta no se podría plantear ahora, ya que a partir de los años veinte la enfermedad pasó a ocupar un lugar central en la literatura, y ya no como un símbolo (o no solo), sino en toda su ignominiosa, banal y aterradora realidad. La propia Wollf contribuyó a este cambio explorando la enfermedad mental en *La señora Dalloway* (1925). El *Ulises* (1922) está salpicado de referencias a las funciones y

disfunciones corporales, mientras que en la obra de Eugene O’Neill *The Straw* (1922), inspirada en su propia experiencia en un sanatorio para tuberculosos, la enfermedad no simboliza el infierno: es el infierno. «Ve la vida inestable y la ve negra», escribió un crítico sobre O’Neill en 1921.[1]

¿Qué desencadenó este cambio? ¿Podría haber sido el virus que recorrió el planeta en 1918 lo que hizo tomar conciencia de las enfermedades infecciosas y puso de relieve la disparidad entre las triunfantes declaraciones realizadas por la medicina y la cruda realidad? El virus de la gripe no fue el único germen que causó sufrimiento en esa época. Hubo otros, sobre todo el doble azote de la tuberculosis y las enfermedades venéreas, pero eran crónicas y lentas; no llegaban, causaban devastación y volvían a desaparecer, dejando tras de sí un tsunami de letargo y desesperación.

Se afirma que la pandemia de gripe rusa de los años noventa del siglo XIX influyó en el clima de cinismo y hastío de *fin de siècle*.[2] Mató a un millón de personas; la gripe española mató al menos cincuenta veces más. No sabemos cuántos supervivientes padecieron fatiga posviral, pero la cifra debió de ser muy elevada. Y es improbable que hubieran olvidado la desconcertante aleatoriedad con la que la gripe había golpeado, una lotería mortal. Los psicólogos tienen un nombre para describir el estado mental de las personas sometidas a un terror aleatorio: indefensión aprendida. Y nos dicen que provoca depresión.

Si uno se fija bien, se pueden encontrar huellas de la gripe española en los textos de los que sobrevivieron a ella, heraldos, quizás, de la revolución por venir. La enfermedad dejó a D. H. Lawrence con el corazón y los pulmones debilitados y él se los legó al guardabosques Mellors en *El amante de lady Chatterley* (1928). Katherine Anne Porter escribió *Pálido caballo, pálido jinete* (1939) después de haber contraído la gripe en Denver, Colorado, a los veintiocho

años (perdió su cabello negro y cuando le volvió a crecer, era blanco), mientras que, en el otro extremo del mundo, Saneatsu Mushanokōji, un miembro de la vanguardia japonesa Shirakaba, o sociedad literaria del Abedul Blanco, escribió un cuento sobre un joven que, al regresar de sus viajes por Europa, se entera de que su novia ha muerto de gripe. Titulado *Amor y muerte* (1939), sigue siendo popular hoy en día y describe un mundo lleno de felicidad y luz que, de pronto, se vuelve sombrío.

En septiembre de 1918, T. S. Eliot publicó un poema titulado «Sweeney entre los ruiseñores», en el que hace una posible alusión a la gripe española:

> El lúgubre Orión y el Perro
> están velados; y acallados los mares contraídos;
> la persona con capa española
> trata de sentarse sobre las rodillas de Sweeney.

Para el mes de noviembre, la gripe había perturbado la vida normal en casi todos los pueblos y ciudades de Gran Bretaña. Eliot y su esposa Vivien contrajeron la enfermedad, lo que al parecer agravó el trastorno nervioso de Vivien hasta el punto de que no era capaz de dormir. Ella estaba viviendo en Marlow, en las afueras de Londres, y él en la capital, trabajando en una visión de la desolada y atormentada ciudad que se convertiría en *La tierra baldía* (1922), posiblemente influida por la extraña atmósfera en la que estaba embebido por entonces.

Curiosamente, la fatiga posviral deja más rastro que la propia gripe, como si los escritores hubieran confundido la enfermedad con la metáfora y hubieron sido engañados para que le dieran un tratamiento adecuado. Una de las novelas europeas más vendidas en los años veinte, que cautivó la imaginación de toda una generación, fue *El sombrero verde* (1924), de Michael Arlen. Su protagonista, Iris Storm, es

impulsiva y hedonista, y está extrañamente desconectada del mundo. Personifica muchos temas de la época moderna: la alienación, la hipersensibilidad, la inseguridad. Estaba inspirada en la heredera Nancy Cunard, que enfermó de gripe a principios de 1919, contrajo neumonía y sufrió depresión durante su larga convalecencia, el periodo en el que Arlen la conoció.

Otro solitario desconectado de ese periodo es Sam Spade, el detective privado de *El halcón maltés* (1929), de Dashiell Hammett. Spade, un modelo para muchos detectives de ficción posteriores, tiene un precursor en un relato poco conocido titulado «Holiday» (1923), que Hammett, aquejado de tuberculosis, escribió después de su larga y complicada recuperación de la gripe española. Trata de un soldado tuberculoso que puede salir durante el día del hospital militar, un hombre solitario que vive el momento. En *El halcón maltés*, Spade cuenta la parábola de Flitcraft, un hombre que cambia su vida después de haber estado a punto de morir aplastado por una viga: «Comprendió entonces que los hombres morían así, al azar, y solo vivían mientras el ciego destino los respetaba».

El modernismo, anterior a la guerra, aportó el lenguaje que permitió a los artistas y pensadores explorar el fértil terreno que describió Woolf. Los liberó del realismo, de ser siempre el observador externo, e influyó en el psicoanálisis, que concedía tanta importancia a los sueños. Tal vez el persistente recuerdo de aquellos sueños febriles contribuyó a esta nueva fascinación por el subconsciente. El compositor polaco Karol Szymanowski se encontraba en un balneario del mar Negro en el otoño de 1918 cuando contrajo la gripe española y se inspiró para escribir su ópera *El rey Roger*. El «drama siciliano», como lo llamó, «me vino a la mente una noche española de insomnio», después de que él y Jarosław Iwaszkiewicz, su primo y libretista, hubieran estado

paseando junto al mar azul. «Tengo la impresión de que este mismo elemento intangible del océano eterno, tranquilizador e inquietante a un tiempo, fue incorporado a la música compuesta posteriormente», escribió Iwaszkiewicz más tarde.[3] «No había luz, tal vez nunca volvería a haberla, comparada, como ha de ser siempre, con la luz que había visto junto al mar azul que se extendía tan plácidamente a lo largo de la costa de su paraíso», escribió Porter en *Pálido caballo, pálido jinete.* «Hay mejores sueños» era el mantra de Iris Storm.

Pero por esta exploración del subconsciente en los años posteriores a la gripe y a la guerra también discurría una veta negra. Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, escribió en 1920 un ensayo titulado *Más allá del principio de placer*, en el que introdujo el concepto de pulsión de muerte, *Todestrieb,* junto al de pulsión sexual. Por entonces, negó que la muerte a causa de la gripe española de su querida hija Sophie, embarazada de su tercer hijo, hubiera influido, pero más tarde admitió que tal vez tuvo algo que ver. «¿Puedes recordar una época tan llena de muerte como la presente?», le escribió a su amigo Ernest Jones en el momento de la muerte de su hija, y a su yerno viudo, emulando a Sam Spade, le habló de «un acto del destino brutal y sin sentido».[4] Los temas psicoanalíticos del sexo y la muerte estuvieron presentes en las primeras películas de terror, producidas en los años veinte. *Nosferatu* (1922), dirigida por el alemán F. W. Murnau, era una nueva versión de la leyenda de Drácula, pero con una subtrama adicional sobre la peste. El vampiro se dirige a Alemania desde su hogar en Transilvania, no muy lejos del mar Negro, propagando la peste a su paso (irónicamente, es probable que la gripe española llegara al mar Negro desde Alemania, llevada por los prisioneros de guerra que regresaban).

La ironía sustituyó al patetismo y, en manos de escritores

como Pirandello (*Seis personajes en busca de un autor*, 1921) y posteriormente Samuel Beckett (*Murphy*, 1938), se elevó al absurdo. Kafka siempre había tenido buen ojo para lo azaroso y absurdo, y la gripe española debió de parecerle un excelente ejemplo del género. «Contraer la fiebre como súbdito de la monarquía de los Habsburgo y recuperarse de ella como ciudadano de una democracia checa fue sin duda sobrecogedor, aunque también un poco cómico»,[5] escribió su biógrafo. Cuando después de recuperarse salió a las calles de Praga, descubrió que estaban llenas de los que hasta entonces habían sido enemigos: franceses, italianos, rusos. Ya no existía una estación de tren llamada Francisco José, rebautizada Nádraži Wilsonovo (Estación de Wilson), pero sí una calle 28 de Octubre para conmemorar el aniversario de Checoslovaquia. No fue el único que se sintió como si se hubiera deslizado por la madriguera de un conejo. Tanto Gustav Landauer, un socialista que ansiaba participar en la revolución en Alemania, como el canciller provisional Maximiliano de Baden, se despertaron de sus respectivas fiebres y descubrieron que se lo habían perdido. El filósofo y prominente sionista Martin Buber enfermó justo cuando los judíos de Europa esperaban su asesoramiento sobre el asunto de si Palestina, que había pasado recientemente del control otomano al británico, podía ser realmente la patria con la que habían soñado.

Los escritores y pensadores españoles, cuya identidad se había asociado con la gripe en contra de su voluntad, reaccionaron de un modo peculiar. Debido a una zarzuela que se estaba representando en Madrid cuando se declaró la oleada de primavera, y a la inquietud profundamente arraigada por el estado de la nación, la enfermedad pasó a estar íntimamente asociada en la mente de los españoles con Don Juan, el incorregible libertino que, con todos sus defectos y virtudes, representaba en cierto modo todo lo

español. Tradicionalmente, el Día de Todos los Santos se representa en España una versión del mito de Don Juan, la obra *Don Juan Tenorio.* Sin embargo, en noviembre de 1918, los españoles no estaban de humor. «Este año Don Juan ha llegado en un momento inoportuno. No podremos asistir», escribió el crítico José Escofet.[6]

Después de la pandemia, varios escritores españoles se dedicaron a parodiar al don o a analizarlo y reformarlo. El filósofo Miguel de Unamuno fue uno de ellos, al igual que su amigo Gregorio Marañón, un eminente médico e intelectual que había participado en la gestión del desastre. Marañón, un eugenista como muchos de sus contemporáneos, creía que los españoles eran una «raza vigorosa», pero se veían perjudicados por el entorno, en particular por la desdichada situación de las mujeres y los niños. Creía que para que el linaje desarrollara todo su potencial, había que destruir el culto a Don Juan, junto con su autorización implícita de la promiscuidad masculina. En 1924 escribió un ensayo en el que mencionaba que el libertino no tenía descendencia y sugería que podría haber sido estéril, incluso afeminado. Posiblemente, esto era lo peor que se podía decir de uno de los grandes héroes románticos del siglo XIX.

En Europa habían muerto más personas en la guerra que a causa de la gripe, pero en todos los demás continentes ocurrió lo contrario. Si la pandemia contribuyó a que se produjera un cambio psicológico en la literatura europea, cabía esperar que lo hiciera aún en mayor medida en otros lugares. En Brasil, la partida de la gripe española marcó un hito. Los médicos habían sido muy impopulares en el país desde que Oswaldo Cruz había impuesto un programa obligatorio de vacunación contra la viruela en 1904, pero cuando los cariocas vieron que la gripe se propagaba de manera incontrolada en Río, llamaron a Carlos Chagas, otro conocido higienista al que se consideraba el hijo espiritual

de Cruz, para que interviniera. En cuanto lo hizo, la epidemia empezó a remitir, fortuitamente, y a partir de entonces los brasileños miraron a los médicos con respeto.[7]

Brasil había estado buscando una identidad nacional desde que se había liberado de sus amos coloniales en 1889 y los médicos estaban facilitando una. Afirmaban que lo que definía a un brasileño era la enfermedad.[8] La enfermedad, y no la raza o el clima, era lo único que unía a todas las clases sociales en Brasil. Hablaban de la «brasilización por infección», de Brasil como un inmenso hospital, y estas ideas se filtraron en la literatura, reforzadas, tal vez, por el recuerdo de aquellos desfiles con temática de la gripe en el Carnaval de Río de 1919, cuando grupos con nombres como «Té de medianoche» y «Santa Casa» cantaron canciones picantes acerca de una «dama española».

En 1928, el escritor Mário de Andrade publicó *Macunaíma*, una fábula sobre un joven que había nacido con poderes mágicos en la selva brasileña. Negro, pícaro, sensual y astuto, Macunaíma, un epónimo, representa la personalidad brasileña y repite el latiguillo «Poca salud y muchas hormigas son los males de Brasil». Sin embargo, algunos escritores desconfiaron de los médicos predominantemente blancos y vieron en la «brasilización por infección» una eugenesia apenas disimulada. Su respuesta fue que si los brasileños enfermaban era debido a las profundas desigualdades que existían en el seno de la sociedad brasileña, por lo que surgió una contracorriente literaria que llamó la atención sobre dichas desigualdades. Entre ellos figuraba el escritor mulato Afonso Henriques de Lima Barreto, en cuya novela *El cementerio de los vivos* (1956) comparaba el hospital psiquiátrico en el que fue internado con un cementerio o el infierno.

La gripe española llegó a China en un momento en el que

el movimiento de la Nueva Cultura estaba poniendo en tela de juicio los valores tradicionales chinos. Es difícil elegir una epidemia de las muchas que azotaron al país en esa época, pero se podría argumentar que, en su conjunto, avivaron el impulso de modernización. La Nueva Cultura despreciaba la medicina tradicional china, a la que consideraba representativa de todos los males que padecía la sociedad e instó a las autoridades a adoptar las ideas científicas occidentales. Uno de los líderes del movimiento fue un escritor poco conocido llamado Lu Xun. Había quedado marcado por su experiencia con los médicos chinos, ya que se había criado con un padre enfermo y alcohólico. Cada vez que el médico le visitaba, cobraba una cantidad exorbitante y enviaba a Lu a buscar los ingredientes para un remedio. Entre ellos figuraron un par de grillos que el médico estipuló que «tienen que ser un par original, de la misma madriguera». La salud del padre de Lu se siguió deteriorando y finalmente murió, dejando a su hijo de catorce años a cargo de toda la familia.[9]

Lu estudió la medicina occidental en Japón, pero posteriormente decidió que podía aportar más con su pluma. En 1919 publicó un relato titulado «Medicina», en el que una pareja de ancianos gasta todos sus ahorros en un panecillo bañado en la sangre de un criminal recién ejecutado, creyendo que salvará a su hijo tísico, pero este acaba muriendo: «“¡Eh, tú! Dame el dinero y tendrás la mercancía!” Un hombre vestido de negro se paró ante Shuan, quien retrocedió al ver su penetrante mirada. Extendió una mano enorme abierta; en la otra sostenía, entre el dedo índice y el pulgar, un bollito cocido al vapor carmesí, del que caían gotas rojas».[10] En la actualidad se considera a Lu el padre de la literatura china moderna.

Por último estaba la India, el país que se había llevado la peor parte en lo que se refiere al número de muertos

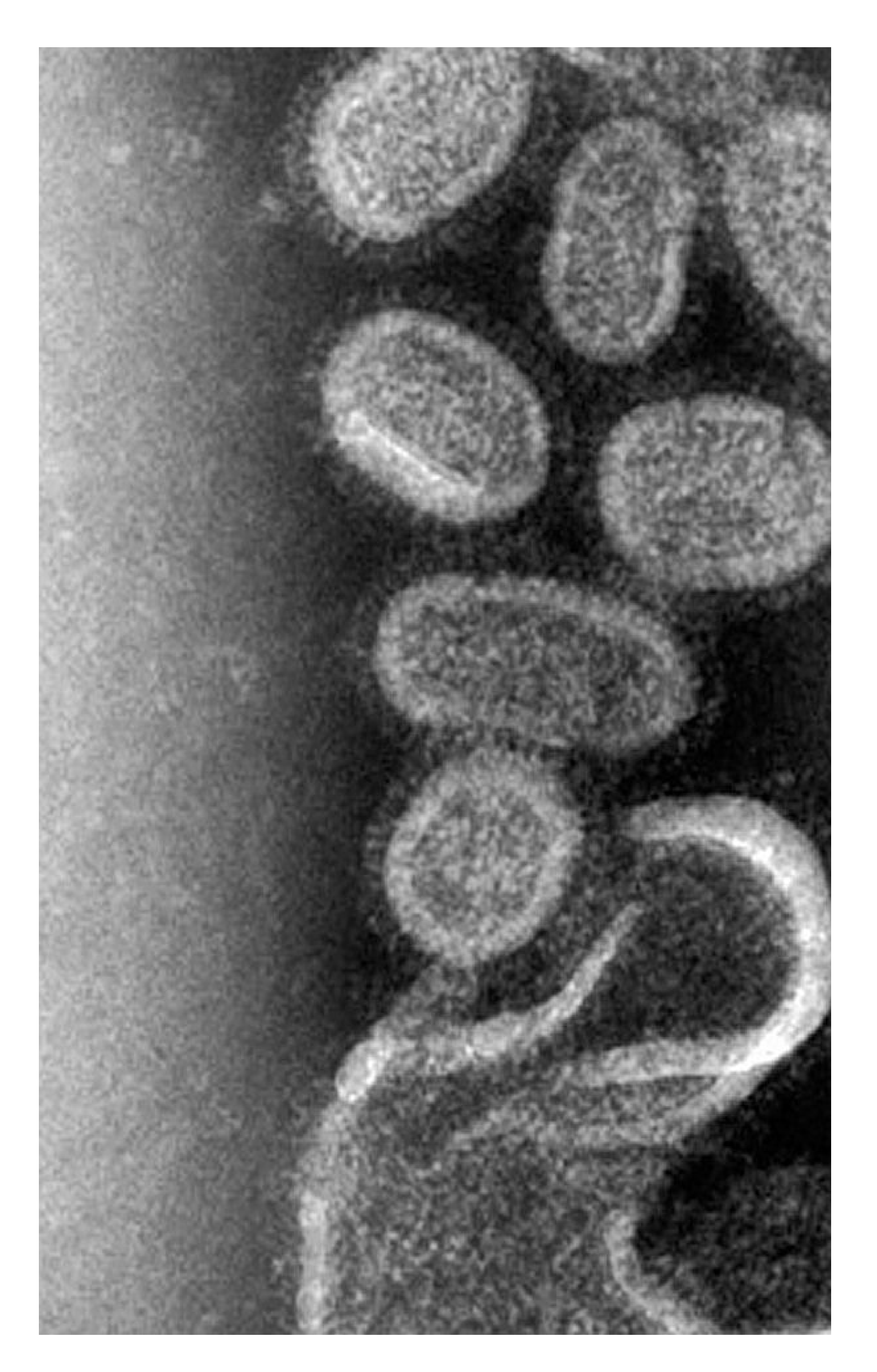
causados por la gripe española. La enfermedad fue una preocupación importante en las obras que surgieron en este país en los años veinte, donde encajaba a la perfección con las ideas sobre la necesidad de reformar el sistema de castas y librarse del yugo del dominio británico. En China, los partidarios de la modernización habían iniciado una campaña para que se sustituyera la lengua literaria (*wenyan*) por la lengua hablada (*pai-hua*), el equivalente de remplazar el latín por el francés o el inglés durante el Renacimiento europeo, cuya finalidad era que la gente corriente pudiera tener acceso a la cultura china. En la India sucedió algo similar. La nueva generación de escritores se propuso describir la cruda realidad de la vida campesina con un lenguaje que, por primera vez, pudieran entender los campesinos. El más importante fue Munshi Premchand. Apenas conocido en la escena mundial, a diferencia del ganador del premio Nobel Tagore, Premchand era más querido en la India. En *El precio de la leche* (1934), por ejemplo, contaba la historia de Mangal, un huérfano intocable cuyo padre había muerto a causa de la peste y su madre por la mordedura de una serpiente. Mangal vive debajo de un árbol en frente de la casa del terrateniente, sobreviviendo de las sobras. La esposa del terrateniente no le toca por miedo a contaminarse, pese a que la madre de Mangal había amamantado a su hijo. La disparidad no requiere explicación, porque, como señala un monje, «los rajás y los maharajás pueden comer lo que quieran [...] Las normas y restricciones son para la gente corriente».

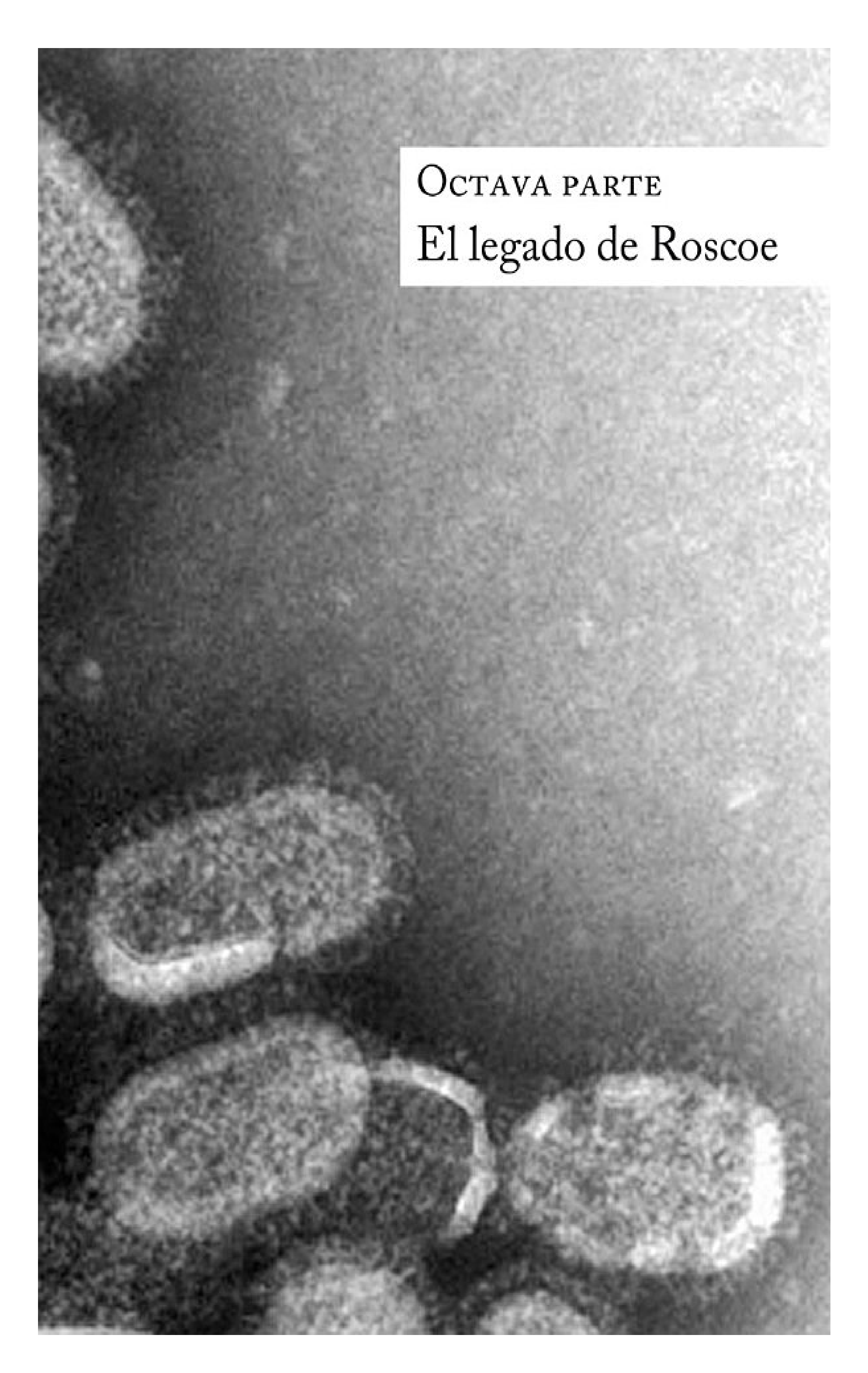
Premchand se convirtió en autoproclamado «cronista de la vida en las aldeas» en torno a 1918, mientras vivía en las Provincias Unidas (Uttar Pradesh), donde se calcula que la gripe española se cobró entre dos y tres millones de vidas. También vivía allí por entonces el poeta Nirala, «el extraño», que perdió a su mujer y a muchos otros miembros

de su familia a causa de la gripe. Más tarde recordaba haber visto el río Ganges «desbordado de cadáveres». «Fue el momento más extraño de mi vida. Mi familia desapareció en un abrir y cerrar de ojos».[11]

Estos acontecimientos, que tuvieron lugar cuando solo tenía veintidós años, causaron una profunda impresión en él. Nirala, un destacado miembro del movimiento modernista indio, no toleraba las explicaciones religiosas del sufrimiento que invocaban al karma o a los actos cometidos en vidas anteriores. El universo le parecía un lugar cruel y no había sitio en él para el sentimentalismo. En 1921 escribió un poema titulado «Mendigo», que posiblemente captaba el ánimo no solo de los escritores indios de la época, sino también de los de todo el mundo. Incluía los siguientes versos:

> Cuando se resecan sus labios por el hambre,
> ¿cuál es la recompensa
> del generoso Señor de los destinos?
> Bueno, pueden beber sus lágrimas.





Octava parte
El legado de Roscoe

Micrografía electrónica del virus reconstruido de la gripe de 1918.

La película de 1995 *Estallido* cuenta una historia acerca del brote de un virus ficticio, el Motaba, primero en Zaire y después en una pequeña población de Estados Unidos. El Motaba se parece al virus del ébola en el sentido de que causa una fiebre hemorrágica mortal y en que, al menos al principio, se transmite a través de los fluidos corporales. Sin embargo, en cierto momento muta y comienza a transmitirse por vía aérea, como la gripe. A fin de impedir que el virus se propague fuera de la ciudad afectada, el presidente de Estados Unidos aprueba un plan para bombardearla. Por suerte, el plan acababa siendo abortado.

Esta espantosa situación hipotética no ha ocurrido nunca. El ébola mata aproximadamente a la mitad de las personas que se infectan, pero no se transmite por el aire, por lo que se propaga mucho menos fácilmente que la gripe. En cambio, la gripe más virulenta registrada, la gripe española, mató «solo» un pequeño porcentaje de las personas que la contrajo. No obstante, los consultores científicos de *Estallido* insistieron en que se trataba de una situación hipotética viable. Uno de ellos era David Morens, el epidemiólogo que, junto con Jeffery Taubenberger, calificó a la gripe española como «la madre de todas las pandemias». Incluso ha expresado la opinión de que los guionistas de *Estallido* podrían haber ido aún más lejos: «No creo que exageraran. Si acaso, lo suavizaron».[1]

Un informe publicado en 2016 por la Comisión para la Creación de un Marco Mundial de Riesgos Sanitarios para el Futuro (GHRF), un grupo internacional de expertos independientes convocados por la Academia Nacional de

Medicina de Estados Unidos, calcula que hay un 20 por ciento de probabilidades de que se declaren cuatro o más pandemias a lo largo de los próximos cien años y una alta probabilidad de que al menos una de ellas sea de gripe.[2] La mayoría de los expertos cree que es inevitable que haya otra pandemia de gripe. Las únicas preguntas son cuándo, de qué magnitud y qué podemos hacer para prepararnos. Las lecciones aprendidas de la gripe española podrían ayudarnos a responderlas.

En primer lugar, abordaremos la cuestión del cuándo. La gripe española se produjo porque una cepa viral virulenta adquirió primero la capacidad de infectar a los seres humanos y después de convertirse en altamente transmisible entre ellos. Fue este último paso el que desencadenó la mortífera oleada de otoño y los científicos controlan ahora las cepas en circulación para intentar predecir cuándo podrían adquirir esa capacidad. Una de las técnicas que usan se basa, una vez más, en los relojes moleculares. La idea que subyace es simple: a medida que las mutaciones se acumulan a lo largo del tiempo, algunas de ellas pueden hacer que la eficacia biológica sea mayor o menor en una cepa concreta que en otras. Estos cambios en la eficacia biológica se reflejan en la forma y las ramificaciones del árbol genealógico de la gripe, ya que cuanto más eficaz es la cepa, más progenie tiene. Por tanto, en teoría es posible predecir cuándo una cepa concreta podría alcanzar un nivel de eficacia biológica en el que tenga un potencial pandémico.

De hecho, puede que ya hayan surgido cepas con ese potencial. Pertenecen al subtipo H5N1 de la gripe A, el que mató a un niño en Hong Kong en 1997. Hasta la fecha, casi todos los casos humanos de infección por H5N1 se han contraído directamente de la aves, pero unos pocos se han transmitido entre humanos y algunos temen que solo sea cuestión de tiempo que el virus se vuelva altamente

transmisible entre personas (otra cepa, la H7N9, está bajo vigilancia por la misma razón). Esto no ha sucedido todavía y puede que nunca ocurra, pero como el H5N1 también mata al 60 por ciento de las personas que se infectan, actualmente se considera que figura entre las mayores amenazas mundiales de pandemia.

Factores externos, en especial el clima, podrían determinar el momento de la pandemia. Por ejemplo, un estudio publicado en 2013 mostraba que, antes de la gripe española y de las tres pandemias de gripe posteriores, el océano Pacifico se encontraba en la fase de La Niña de su ciclo de temperatura.[3] Durante La Niña, conocida como la fase «fría» de El Niño-Oscilación del Sur (ENOS), la zona del Pacifico situada entre los trópicos de Cáncer y Capricornio se enfría, mientras que en la fase opuesta, El Niño, esas mismas aguas se calientan. Las corrientes de aire y oceánicas están relacionadas, ya que ambas redistribuyen el calor por la superficie terrestre y tienen un efecto en cadena en los patrones climáticos de todo el planeta, que es por lo que los meteorólogos vigilan de cerca el ENOS. (Aquellos portentos presenciados antes de la gripe española, las rosas marchitas y los búhos que aparecían en lugares nuevos, ¿podrían haber sido percepciones aumentadas de fenómenos atmosféricos reales?)

Los episodios de El Niño aparecen de forma irregular, pero, como promedio, entre cada dos y siete años. En ocasiones, pero no siempre, les sigue La Niña. Sin embargo, La Niña suele durar más que El Niño, entre uno y tres años, frente a menos de un año en el caso del primero, y ambos suelen coincidir con el invierno boreal. Nadie sabe aún por qué La Niña aumentaría las probabilidades de un pandemia, pero podría tener que ver con el efecto que los cambios en las corrientes de aire tienen en las rutas de las aves migratorias y, por tanto, las poblaciones de aves domésticas

con las que entran en contacto.

Saber que el mundo está a punto de entrar en una fase de La Niña, como ocurrió en agosto de 2016, podría ayudarnos a predecir la próxima pandemia, aunque solo como parte de un rompecabezas más grande y más complejo. Sin embargo, si comprendiéramos la relación entra las rutas migratorias de las aves y la gripe, también podríamos determinar cómo influirá la quema de combustibles fósiles en el momento y el origen geográfico de cualquier futura pandemia. Al fin y al cabo, ahora hemos entrado en el Antropoceno, que se define por el impacto del hombre en el planeta: la huella que los vehículos, las armas nucleares y los huesos de pollo han dejado en el planeta. El periodo anterior, el Holoceno, abarcó los 12.000 años transcurridos desde la última glaciación y, casualmente, la revolución agrícola que marcó el inicio de la historia de la gripe como una enfermedad humana. En el Antropoceno, nos hemos adentrado en un territorio desconocido. Como señala el paleoclimatólogo William Ruddiman, «los humanos hemos puesto fin ahora a los 2,75 millones de años de historia de los ciclos de glaciaciones en el hemisferio norte y nos adentramos en un futuro que es inimaginable». En 2014, la Sociedad Audubon de Estados Unidos descubrió que las aves habían migrado más al norte, una media de 64 kilómetros más que en los 48 años anteriores, a medida que habían aumentado las temperaturas.[4] El calentamiento global podría incluso tener un efecto directo en el propio virus de la gripe. No lo sabemos, pero existen indicios de que es así. Las condiciones frías y secas tienden a favorecer a la gripe, pero algunas cepas que circulan en la actualidad parecen estar adaptándose a un mundo más cálido. Por ejemplo, ha habido brotes de H5N1 en Asia en los meses de verano.

Hasta aquí el cuándo. ¿Y la magnitud? Esta es la pregunta del millón, ya que hay muchos factores diferentes que

determinan la escala de una pandemia de gripe. Si la cepa que causó la gripe española reapareciera ahora, es probable que causara una enfermedad leve, ya que nuestros sistemas inmunológicos están más o menos preparados. El peligro es que aparezca entre nosotros una cepa nueva a la que ninguna persona viva haya estado expuesta. Incluso en ese caso, resulta difícil predecir qué forma adoptaría la pandemia, ya que los seres humanos también hemos avanzado desde 1918. No es probable que se repitan las condiciones que prevalecían en el frente occidental ni el desplazamiento masivo de personas que desencadenó la primera guerra mundial. Por otra parte, el planeta está mejor conectado. El desplazamiento de los humanos y de los gérmenes que los infectan es más rápido y son menos los cordones sanitarios naturales que proporciona el aislamiento geográfico. La vigilancia de las enfermedades ha mejorado y disponemos de algunos medicamentos eficaces, incluidas vacunas. Pero la población mundial también ha envejecido. Aunque la edad debilita el sistema inmunológico, los ancianos también poseen «recuerdos» inmunológicos de más variedades de gripe y no está claro cómo se contrarrestarían estos dos efectos.

En 2013, una empresa especializada en la modelización de catástrofes, AIR Worldwide, intentó tener en cuenta todos estos factores y propuso una estimación de entre 21 y 33 millones de muertes en todo el mundo si se declarara una gripe tan peligrosa como la de la cepa de 1918. La población mundial prácticamente se ha cuadruplicado desde 1918, por lo que constituiría un desastre mucho menor que el causado por la gripe española, pero sigue siendo una cifra de muertes asombrosa. También es baja con respecto a algunas otras estimaciones propuestas a lo largo de los años, que varían desde menos de un millón hasta los cien millones de muertos. Al reflexionar sobre esa enorme variación, hay

quienes dicen que no hay nada que temer de una futura pandemia y quienes se lamentan de lo mal preparados que estamos. Los primeros acusan a los últimos de ser alarmistas, y los últimos a los primeros de hacer como el avestruz. La división entre ellos ilustra cuánto tenemos que aprender aún sobre las pandemias en general y sobre las pandemias de gripe en particular.

Pese a toda la incertidumbre, hay cosas que podemos hacer para prepararnos. El informe del GHRF de 2016 pedía a los gobiernos e instituciones filantrópicas privadas que desembolsaran unos 4.000 millones de dólares al año para prepararnos contra una pandemia y recomendaba que se invirtieran los fondos en cuatro ámbitos principales: profesionales de la salud pública cualificados y motivados; buenos sistemas de vigilancia de la enfermedad; redes de laboratorios eficaces, y la colaboración con las comunidades.

La gripe española y las pandemias posteriores demostraron que, con los incentivos y la formación adecuados, los profesionales de la salud se quedan en sus puestos y cumplen con su deber de tratar a los enfermos, a menudo poniendo en grave peligro su seguridad personal. Es necesario prestarles el mayor apoyo posible y cuidar de ellos en caso de enfermedad. La mejor manera de hacerlo es poniendo a su alcance métodos de vigilancia y profilaxis eficaces y asegurándose de que tratan con una población informada que cumple las normas. Estas tres áreas han experimentado grandes avances desde 1918, pero aún pueden mejorar.

Actualmente, los organismos de vigilancia de las enfermedades como los CDC y la OMS tardan una semana en responder a una señal de pandemia en los datos. En 2009, dos investigadores estadounidenses, Nicholas Christakis y James Fowler, se propusieron intentar mejorarlo, identificando a los individuos que contraen la gripe

precozmente durante una pandemia y que, por consiguiente, actúan como «sensores» del contagio. En un reflejo de la «teoría de los sucesos» de Ronald Ross, observaron que la manera en que algo contagioso se propaga entre la población, ya sea un virus o un meme, depende de la estructura de las redes sociales humanas.

La clave de su enfoque es la denominada «paradoja de la amistad». La idea es que, por término medio, tus amigos tienen más amigos que tú y esto se debe a un sesgo inherente a la manera de contar a nuestros amigos (básicamente, se cuenta a los individuos populares más a menudo que a los menos populares porque aparecen en los círculos sociales de más personas, por lo que inflan el promedio con el que todos se comparan). A efectos prácticos, la paradoja de la amistad significa que si se elige a una persona al azar y se le pide que nombre a un amigo, es probable que ese amigo esté mejor relacionado que la persona que lo nombró. Durante el brote de gripe porcina de 2009, Christakis y Fowler hicieron un seguimiento de la infección en dos grupos, un grupo de estudiantes de Harvard elegidos al azar y un segundo grupo al que los primeros habían elegido como amigos. Descubrieron que, por término medio, los amigos enfermaban dos semanas antes que sus homólogos elegidos al azar, probablemente porque tenían más probabilidades de mantener contacto con portadores de la infección.[5]

Si se pudiera captar ese aumento en los casos de gripe y movilizar una estrategia de contención hasta dos semanas antes de lo que es posible ahora, se podrían salvar muchas más vidas. Se puede vacunar a muchas personas vulnerables en dos semanas. Pero hay otra manera en que esos sensores podrían ayudar a limitar el impacto de una pandemia o incluso evitarla por completo. Si un porcentaje suficientemente elevado de la población está vacunada antes

de una pandemia, puede proporcionar lo que se denomina «inmunidad de grupo» al resto. Esto se debe a que bloquean la propagación del virus, lo que significa que toda la población está protegida aunque no todo el mundo sea inmune. Christakis y Fowler demostraron que se podía conseguir la inmunidad de grupo vacunando a un número de sensores menor que el de personas peor conectadas, una vez más, porque tenían más probabilidades de cruzarse con portadores de la infección.

¿Y la profilaxis? La vacuna anual contra la gripe mejora continuamente, pero aun así es necesario actualizarla cada año. Desde 1973, la OMS ha publicado recomendaciones anuales sobre qué cepas debe incluir, dependiendo de las que los organismos de vigilancia señalen que están circulando en ese momento entre la población humana. Sin embargo, se necesita tiempo para fabricar una nueva vacuna contra la gripe, por lo que las últimas decisiones sobre su composición se suelen tomar en torno al mes de febrero para un periodo de vacunación que comienza en octubre. Y ahí es donde radica el problema: si entre febrero y octubre surge una nueva cepa, la vacuna será, en el mejor de los casos, parcialmente eficaz. Los relojes moleculares también podrían ayudar a evitar que esto suceda, al posibilitar la identificación de las cepas cuya eficacia biológica está aumentando aunque no se hayan detectado como una amenaza.

Entretanto, continúan los trabajos para desarrollar la llamada vacuna «universal», que protegerá a los humanos contra la gripe sin que tenga que ser actualizada cada año. Desde hace algún tiempo, las vacunas no han hecho uso de todo el virus de la gripe, ya que la exposición a este a través de una vacuna puede causar efectos secundarios que a veces son más desagradables que la propia gripe. Para estimular una respuesta del sistema inmunológico humano, las

vacunas modernas solo presentan la cabeza redonda y contorsionada del antígeno H. Por desgracia, esto es lo que precisamente cambia cada año, por lo que Taubenberger está buscando un enfoque alternativo.

Mientras estudiaba la gripe española, observó que hay otra parte del antígeno H que no cambia cada año: el tallo. Esto se debe a que debe anclar la cabeza en su sitio, lo que significa que está sometido a ciertas limitaciones mecánicas. Su equipo, entre otros, se centra ahora en este componente del virus, esencial aunque relativamente inmutable, para intentar desarrollar una vacuna que proteja no solo contra todas las cepas de gripe que han causado pandemias en el pasado, sino también contra aquellas que podrían provocarlas en el futuro.

En una futura pandemia de gripe, las autoridades sanitarias adoptarán medidas de contención como la cuarentena, el cierre de las escuelas y la prohibición de los actos multitudinarios. Serán en nuestro beneficio común, por lo que ¿cómo se garantiza que todo el mundo las cumpla? ¿Cómo convencemos, también, a la población para que se vacune cada año, dado que la inmunidad de grupo es la mejor protección de que disponemos contra una pandemia de gripe? La experiencia ha demostrado que las personas tienen una baja tolerancia a las medidas sanitarias obligatorias y que son más eficaces cuando son voluntarias, respetan las decisiones personales y se basan en ellas, y evitan el uso de la fuerza policial. En 2007, los CDC publicaron unas directrices sobre cómo garantizar el máximo cumplimiento de las medidas de salud pública durante una pandemia. Basadas en parte en las lecciones aprendidas de 1918, recomendaban que las medidas solo sean obligatorias cuando el porcentaje de enfermos que mueren supere el 1 por ciento (recordemos que este porcentaje fue, como mínimo, del 2,5 por ciento en el caso

de la gripe española). En cifras de 2016, esto supondría que más de tres millones de estadounidenses habrían muerto antes de que los CDC recomendaran esta medida, un indicador de lo contraproducente que esta organización considera la obligatoriedad.

Sin embargo, aunque la contención de las enfermedades funciona mejor cuando las personas eligen libremente cumplir las medidas, se debe informar a la población sobre la naturaleza de la enfermedad y el riesgo que conlleva. Esta es una de las razones por las que es importante contar la historia de la gripe española. Es también uno de los argumentos utilizados para justificar películas como *Estallido*. Los defensores de este tipo de películas afirman que presentar el peor escenario posible es la mejor manera de convencer a la población para que se vacune y siga financiando la investigación científica con sus impuestos y donaciones particulares. No obstante, es una estrategia polémica, no solo debido al riesgo de que este tipo de películas provoque «fatiga del apocalipsis», sino también porque la capacidad de los científicos para predecir el peor de los casos depende de lo bien que comprendan el fenómeno en cuestión. El H5N1 aún puede resultar tan peligroso como el Motaba de la ficción; habrá que esperar y ver. Sin embargo, a principios del siglo XX, las películas inspiradas en la eugenesia aterrorizaron a la gente mostrando las supuestas consecuencias para la sociedad de sus malas elecciones reproductivas (a saber, la proliferación de «defectuosos») y la eugenesia ha quedado totalmente desacreditada desde entonces.

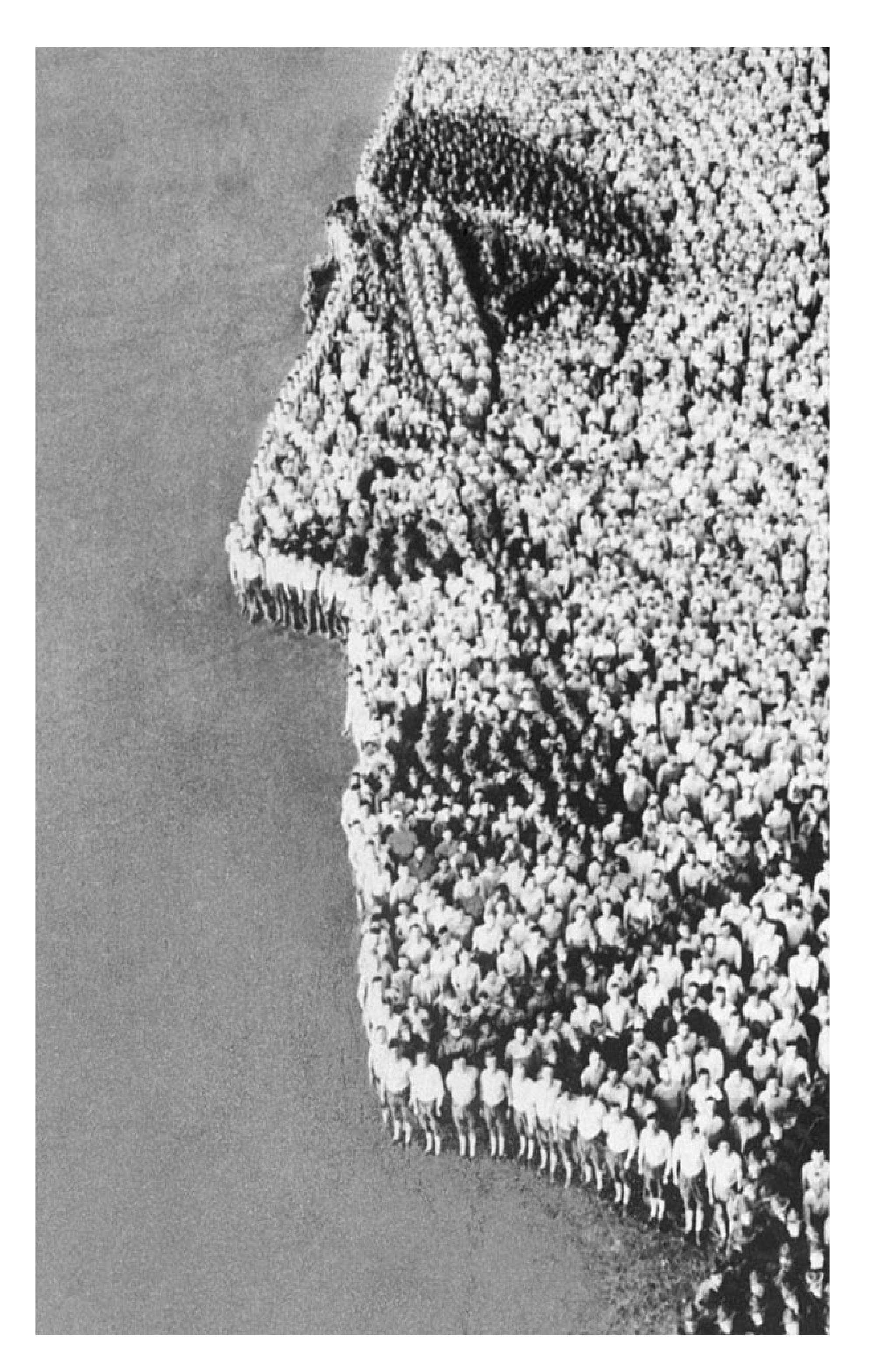
Cualesquiera que sean los aciertos y los errores de estas tácticas de choque, no cabe duda de que los medios tendrán un papel crucial que desempeñar en cualquier futura pandemia y también en esto 1918 nos enseña una valiosa lección: censurar y minimizar el peligro no funciona;

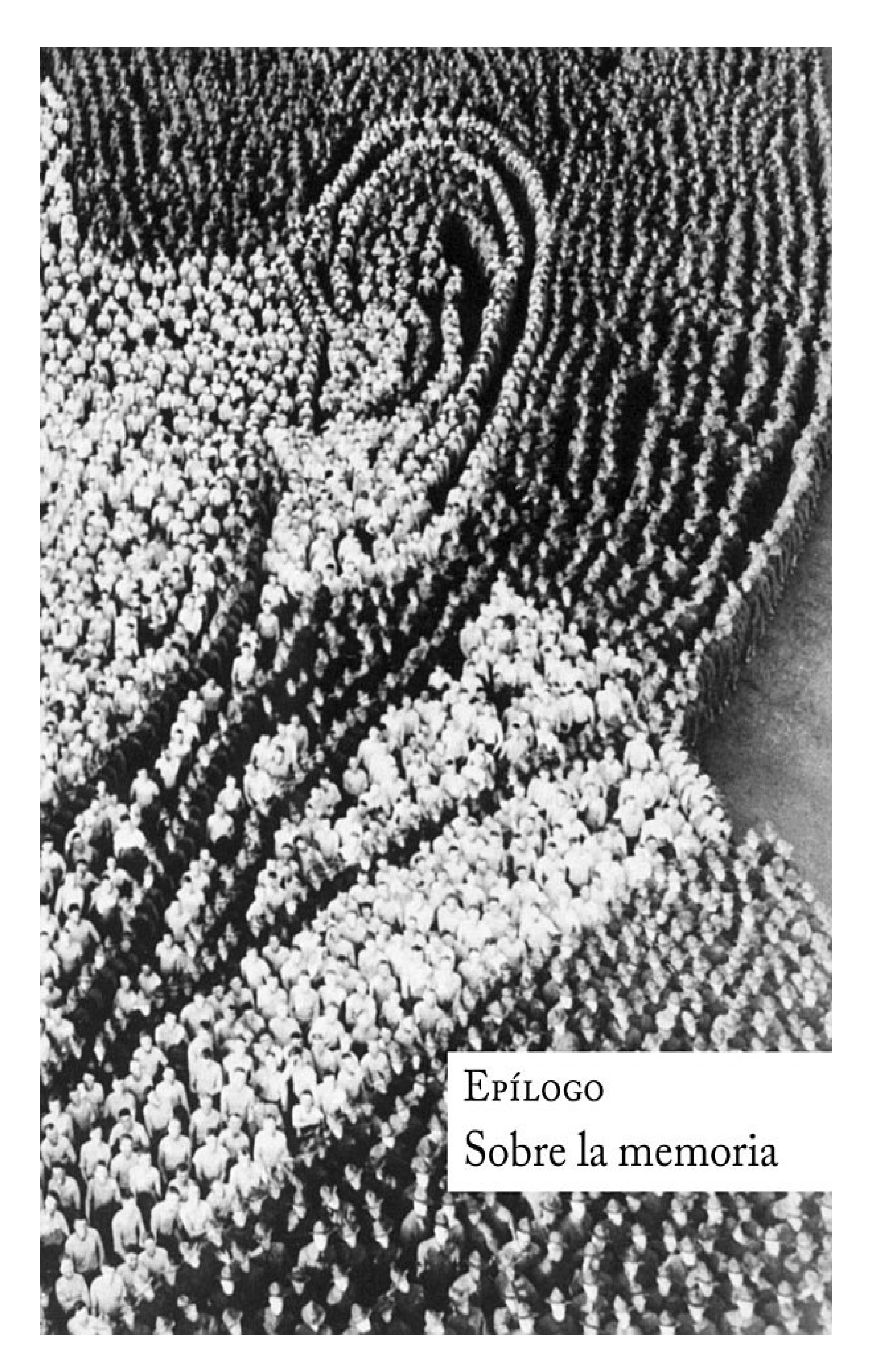
difundir información veraz de manera objetiva y en el momento adecuado, sí. Sin embargo, la información y el compromiso no son lo mismo. Incluso cuando las personas tienen la información que necesitan para contener la enfermedad, no siempre actúan en consecuencia. Cuando hace unos años la Comisión Europea ordenó la destrucción de olivos en la región italiana de Puglia para evitar la propagación de un peligroso fitopatógeno, la población local protestó y recurrió la decisión en los tribunales. Los olivos tienen un profundo significado emocional en Italia, donde las familias los plantan para señalar los nacimientos durante generaciones. La CE no había incluido a los propietarios de los olivos en las deliberaciones y rechazaron los argumentos científicos que esta adujo.[6] La confianza entre las dos partes se rompió, o más bien, nunca se llegó a crear. Pero la confianza no es algo que se pueda generar rápidamente. Si no existe cuando se declara una pandemia, es probable que no se preste atención a la información que se difunda, por muy buena que esta sea.

Otra cosa que nos ha enseñado 1918 es que, a veces, las razones por las que las personas ignoran las recomendaciones se han de buscar en el pasado. En este siglo, el presidente de Sudáfrica Thabo Mbeki negó que el sida fuera causado por un virus y nombró a un ministro de Sanidad que recomendaba tratarlo con ajo, remolacha y zumo de limón. No mucho después, los pacientes de sida empezaron a morir en el césped delante de los hospitales porque no podían acceder a un tratamiento eficaz. El comportamiento de Mbeki resulta imposible de entender hasta que se sitúa en el contexto de una larga historia en la que los blancos culpaban a los negros de las enfermedades del país. Las consecuencias de estas acusaciones han sido a menudo brutales y duraderas para los sudafricanos negros, como ocurrió en 1918. La pandemia hizo que se tomaran

medidas sobre un asunto que había sido objeto de debate durante una década: la segregación racial de las poblaciones. En 1923 se aprobó la Ley de Nativos (Áreas Urbanas) y no sería derogada hasta sesenta años más tarde.

A través de estas tragedias secundarias, la gripe española proyectó una larga sombra sobre la humanidad. Algunas de esas tragedias no se podrían haber evitado con una buena vigilancia de la enfermedad o una vacuna, pero otras sí: la oleada de depresión posviral, la creación de un gran número de huérfanos o el menoscabo de las expectativas de vida de la generación que se encontraba en el útero. El hecho de que ahora se pueda prevenir tanto sufrimiento es una prueba de que Roscoe Vaughan, una mujer anónima enterrada en una tumba en Alaska, y otras personas cuyos tejidos permitieron a Taubenberger y Reid secuenciar el genoma de la gripe, no perdieron sus vidas en vano. Pero no deberíamos dormirnos en los laureles, ya que la historia no termina aquí. Antaño la gente creía que la gripe la causaba la atracción de estrellas lejanas. Después comprendió que algo muy pequeño penetraba en el cuerpo y lo hacía enfermar. Finalmente, entendió que la gripe es el resultado de una interacción entre un huésped y un agente causante de la enfermedad. Durante siglos, los humanos llegaron a percibir la gripe como una danza cada vez más íntima con el diablo y, aunque aumentan los conocimientos, los seres humanos y los microbios continúan configurándose mutuamente.





Epílogo
Sobre la memoria

«Sincerely Yours, Woodrow Wilson.» Arthur Mole diseñó el retrato y fotografió la escena después de que su socio, John Thomas, colocara a 21.000 soldados en el patio de armas del campamento Sherman del ejército de Estados Unidos, 1918.

Cada vez que alguien preguntaba a Samuel por sus padres, este decía que habían muerto de gripe española. Y si alguien respondía que eso no era posible, ya que la epidemia de gripe española había llegado a Brasil a principios del siglo XX, replicaba: «Bueno, igual fue una gripe asiática; no le pedí el pasaporte».

LUÍS FERNANDO VERÍSSIMO, *El club de los ángeles*

Arthur Mole fue un hombre con una visión inusual. Durante la primera guerra mundial, provisto de una bandera blanca y un megáfono, coreografió a decenas de miles de soldados estadounidenses para crear lo que denominaba «fotografías vivas». Al mirar a la masa de hombres desde el suelo o directamente desde arriba parecía eso, una masa de hombres. Pero desde lo alto de una torre vigía de veinticinco

metros de altura situada a cierta distancia, lo que se veía era que componían una imagen patriótica: la estatua de la Libertad, el Tío Sam y la cabeza del presidente Wilson.

Mole comprendió que el sentido surge con la distancia. Se ha denominado a la gripe española la pandemia olvidada, pero no lo está. Nuestra memoria colectiva de ella es simplemente un proyecto en curso. Cien años después, disponemos de cierta distancia, aunque Mole seguramente seguiría avanzando hasta colocar su plataforma de observación, hasta llegar al punto en el que las líneas de perspectiva convergen para crear una imagen inteligible.

La líneas de perspectiva nunca convergen cuando se trata de la historia, por lo que Mole sigue avanzando en su eterna búsqueda hasta que desaparece. Al volver la vista atrás en otro sentido, a una distancia de menos de 700 años, vemos aparecer en el horizonte la peste negra. Se calcula que, a mediados del siglo XIV, la peor pandemia de la historia de la humanidad mató a 50 millones de personas, aunque las cifras son aún más imprecisas que para la gripe española y es posible que fueran más elevadas. Sin duda, no hemos olvidado la peste negra, ni tampoco ha quedado eclipsada en nuestras mentes por una guerra con la que coincidió, la guerra de los Cien Años, pero nuestra memoria colectiva de ella tardó en converger. En 1969, Philip Ziegler, el autor de una excelente crónica de la peste, aún escribió que «hay muy pocos estudios completos sobre la peste negra en general o incluso en un país o en un grupo de países». Puede que se hayan perdido algunos, pero de los seis ensayos conservados que él consideraba más importantes, el más antiguo fue publicado en 1853, quinientos años después de que sucediera. La pandemia ni siquiera adquirió el nombre por el que la conocemos hoy hasta el siglo XVI. En la Edad Media se la denominaba «muerte azul».

Las guerras y las enfermedades se recuerdan de manera

diferente. Los recuerdos colectivos de la guerra parecen nacer al instante, plenamente formados aunque sometidos, obviamente, a un embellecimiento y una manipulación perpetuos, y después se desvanecen con el tiempo. Los recuerdos de una plaga catastrófica se forman más lentamente y una vez que se han estabilizado en una especie de equilibrio, determinado, tal vez, por la escala de las muertes, suelen ser más resistentes a la erosión. Hoy en día se recuerda más la Plaga de Justiniano, en el siglo VI, que la rebelión de An Lushan en China en el siglo VIII, aunque, hasta donde sabemos, las cifras de muertos que causaron son comparables.

Nos encontramos en un punto interesante en el arco recordar/olvidar con respecto al siglo XX. Las dos guerras mundiales siguen vivas, nos referimos a ellas de manera obsesiva y estamos firmemente convencidos de que nunca las olvidaremos, aunque experiencias anteriores muestran que irán perdiendo fuerza paulatinamente en nuestra mente o serán eclipsadas por otras guerras. Mientras tanto, la gripe española invade cada vez más nuestra conciencia histórica, pero no puede desembarazarse del prefijo «olvidada».

WorldCat, el mayor catálogo de bibliotecas del mundo, incluye actualmente unos 80.000 libros sobre la primera guerra mundial (en más de cuarenta lenguas) y unos cuatrocientos sobre la gripe española (en cinco lenguas). Pero esos cuatrocientos libros representan un aumento exponencial con respecto a lo que se había escrito sobre el tema hace veinte años. La diversidad de estudiosos que muestran interés por ella es ahora muy amplia, y no solo de estudiosos. En el siglo XXI, un siglo en el que los escritores han aceptado que la enfermedad es un tema que merece ser tratado, junto con el amor, los celos y la guerra, la gripe española por fin ha penetrado en la cultura popular y ha pasado a formar parte de las tramas de novelas, películas y

series de televisión.[1] En la popular serie británica *Downton Abbey*, por ejemplo, tres personajes principales contraen la gripe española en abril de 1919 y uno de ellos muere. En 1921, el sociólogo estadounidense James Thompson comparó las secuelas de la peste negra con las de la primera guerra mundial.[2] Se podría afirmar que la gripe española habría sido una referencia más natural con la que comparar a la peste y, sin embargo, solo dos años después de esta, no se le ocurrió usarla. Tampoco apareció la gripe española en el radar histórico de Ziegler cuando citó el estudio de Thompson casi cincuenta años más tarde. Esta omisión no sería posible en la actualidad.

¿Por qué la memoria de una pandemia tarda tiempo en desarrollarse? Tal vez una de la razones sea que no es tan fácil hacer un recuento de los muertos. No visten uniformes, muestran heridas de salida o sucumben en un espacio delimitado. Muere un gran número de personas en un corto espacio de tiempo, en una vasta extensión espacial, y muchas de ellas desaparecen en fosas comunes, no solo antes de que hayan diagnosticado su enfermedad, sino a menudo antes de que sus vidas hayan sido siquiera registradas. Durante la mayor parte del siglo XX, se pensó que la gripe española había matado a unos 20 millones de personas, cuando la cifra real era dos, tres o incluso posiblemente cinco veces superior.

Además, la gripe española es una pandemia difícil de encasillar. Mató de una manera atroz y causó muchas más víctimas mortales que ninguna otra pandemia de gripe que conozcamos, pero para aproximadamente el 90 por ciento de las personas que la contrajeron no fue peor que una gripe estacional. En consecuencia, la gente no sabía qué pensar; y aún no lo sabe. Por entonces muchos la confundieron con la peste neumónica, una enfermedad que se puede transmitir directamente entre personas y que, a menos que se trate, es

casi siempre mortal. Hoy, se estremecen al pensar en un equivalente hipotético, el ébola que se transmite por vía aérea. Pero en general, la gripe española fue mucho más mundana que cualquiera de las dos. También fue muy rápida, y se consumía en un lugar antes de que pudiera imponerse una mentalidad de asedio. Las epidemias de peste bubónica y sida, en cambio, perduran en una localidad durante años.

La memoria es un proceso activo. Se han de repasar los detalles para retenerlos, pero ¿quién quiere repasar los de una pandemia? Una guerra tiene un vencedor (y suyo es el botín, la versión que se transmite a la posteridad), pero una pandemia solo tiene vencidos. Hasta el siglo XIX, las pandemias eran consideradas actos de Dios y se las aceptaba con fatalismo, pero con la aparición de la teoría de los gérmenes, los científicos comprendieron que, en principio, podían prevenirlas. Su incapacidad para hacerlo en 1918 fue humillante, un recordatorio de épocas anteriores en las que las epidemias aparecían sin explicación y no había nada que se pudiera hacer para contenerlas. Como señaló un epidemiólogo, «era como si una de aquellas antiguas plagas hubiera reaparecido».[3]

Al menos una comunidad, y una poderosa en ese sentido, tuvo motivos para silenciar la gripe española. El filósofo Walter Benjamin incluso señaló que estos silencios públicos son esenciales para avanzar, porque nos permiten dejar atrás las ruinas del pasado. Por eso los yupik de la bahía de Bristol hicieron un pacto, *nallunguaq,* para no hablar de la pandemia que había destruido su antigua cultura. Cuando se contó la historia de la gripe española, lo hicieron quienes salieron mejor parados: los blancos y los pudientes. Salvo unas pocas excepciones, quienes se llevaron la peor parte, quienes vivían en guetos o en los márgenes, todavía tienen que contar la suya. Algunos, como las minorías cuyos

idiomas murieron con ellas, nunca podrán hacerlo. Pero quizás las victimas encontraron después de todo una manera de expresarse: las huelgas, las protestas y la revolución.

Hay otra razón por la que la memoria de una pandemia puede tardar en madurar. En 2015, los psicólogos Henry Roediger y Magdalena Abel, de la Universidad de Washington en Saint Louis, Misuri, resumieron un conjunto aún escaso de investigaciones sobre la memoria colectiva cuando escribieron que su estructura narrativa «es bastante simple y solo incluye un pequeño número de hechos destacados que hacen referencia al inicio, el final y los momentos decisivos».[4] Y añadían que ayuda si esos acontecimientos tienen componentes heroicos o míticos. Las guerras encajan fácilmente con esa estructura, con sus declaraciones y treguas, sus actos de excepcional valentía. Una pandemia de gripe, en cambio, no tiene un principio y un final claros, ni tampoco hay héroes obvios. El ministro de la Guerra francés intentó crear algunos concediendo una «medalla de la epidemia» especial a miles de civiles y militares que habían demostrado su entrega en la lucha contra la enfermedad, pero no funcionó. Una página web de recuerdos militares señala que «curiosamente, se desconoce por completo qué lugar ocupó entre las importantes condecoraciones de ese conflicto».[5]

Es necesaria una estructura narrativa diferente y también un nuevo lenguaje. Los científicos, molestos por su humillación, pasaron a proporcionarnos un vocabulario de la gripe, con conceptos como memoria inmunitaria, predisposición genética y fatiga posviral. Formulados con este nuevo lenguaje (no un lenguaje poético, quizás, pero sí uno que permitía hacer predicciones y cotejarlas con los documentos históricos), hechos dispares empezaron a aparecer conectados, mientras que otros vínculos antes evidentes se atrofiaron y murieron (no, no se trataba del

castigo de un dios airado; sí, fue al menos en parte responsable de la oleada posterior de melancolía). La pandemia adoptó una forma radicalmente nueva, la que conocemos hoy.

Este tipo de narrativa tarda en desarrollarse (unos cien años, a juzgar por el aumento del interés en las dos últimas décadas), y hasta que lo hace se producen todo tipo de confusiones. En Australia, la gripe española se asoció en la mente de las personas con un brote de peste bubónica de 1900, en parte porque los periódicos se refirieron a ambas como «peste», mientras que en Japón fue eclipsada por otra catástrofe natural, el gran terremoto de Kantō de 1923, que destruyó Tokio. Muchas personas pensaron que la gripe era producto de la guerra biológica, y también se asociaron o confundieron la gripe y la guerra de otras maneras. La cifra de capitanes y tenientes que murieron mientras prestaban servicio en el ejército británico, la «generación perdida» de Vera Brittain, ascendió a unos 35.000.[6] Pero murieron seis veces más británicos a causa de la gripe española y la mitad de ellos se encontraban en la plenitud de la vida: hombres y mujeres jóvenes y sanos que también tenían toda una vida por delante. Por tanto, se podría considerar que merecían más la denominación de «generación perdida», aunque los huérfanos de la gripe y quienes se encontraban en el útero de sus madres en el otoño de 1918 también podrían reclamarla, por razones diferentes.

La muerte de Edmond Rostand ilustra esta imaginativa fusión de la guerra y la gripe. El 10 de noviembre de 1918 se preparaba para salir de su casa en el País Vasco e ir a celebrar el inminente armisticio en París. A las cinco de la tarde llegó el coche que tenía que llevarlo a él y a su amante, Mary Marquet, hasta la estación. Mientras cargaban su equipaje, la pareja se sentó cerca de la chimenea, contemplando los últimos rescoldos. Estaban pensativos,

incluso melancólicos: una peligrosa enfermedad asolaba París y se estaban produciendo importantes acontecimientos en la escena internacional. De pronto oyeron un aleteo contra la ventana. Rostand fue a abrirla y entró una paloma, que voló tambaleante hacia la chimenea. Se agachó para cogerla, pero mientras la sostenía entre sus manos, sus alas se plegaron. «¡Se ha muerto!», gritó. Marquet, horrorizada, murmuró que era un mal presagio. Tres semanas más tarde el célebre creador de Cyrano de Bergerac moría en París a causa de la gripe española.[7] Es difícil imaginar un símbolo más apropiado del doble peligro que por entonces amenazaba a la humanidad que una paloma enferma.

La pandemia de 1918 aún está emergiendo de las sombras de la primera guerra mundial, pero lo hará del todo gracias a lo que ya hemos llegado a comprender acerca de ella. La gripe española fue un ejemplo de lo que hoy llamaríamos, con oportunas connotaciones aviares, un cisne negro. Ningún europeo creía en la existencia de los cisnes negros hasta que un explorador holandés los descubrió en Australia en 1679, pero en cuanto lo hizo, todos los europeos comprendieron que tenían que existir cisnes negros, ya que también otros animales presentaban diferentes colores. Del mismo modo, aunque nunca antes había habido una pandemia de gripe como la de 1918, una vez que se produjo esta, los científicos comprendieron que podía volver a suceder, de ahí que se conserve el virus reconstruido en instalaciones de máxima seguridad donde los científicos lo estudian con la esperanza de desarrollar mejores vacunas; los historiadores del arte escudriñan los autorretratos de famosos supervivientes en busca de huellas de la fatiga posviral; y los novelistas intentan meterse dentro de las cabezas de quienes la vivieron para tratar de comprender su miedo. Al igual que las abejas obreras, están ocupados entretejiendo los hilos de los millones de tragedias diferentes

para crear una memoria colectiva, una fotografía viva de la gripe española. Esos hilos la afianzarán en nuestra conciencia y ayudarán a liberarla.

Agradecimientos

Gracias a Richard Frackowiak por la idea. Por su inestimable ayuda con la investigación y en algunos casos la traducción, gracias a Robert Alexander, Séverine Allimann, Andrey Anin, Pierre Baudelicque, Annette Becker, Charles Linus Black, Elizabeth Brown, Ivana Bucalina, Marta Cerezo Guiu, Upendra Dave, Jean-René y François Dujarric de la Rivière, Mark Elgar, Thomas Fischer, Sofie Frackowiak, Paul French, John Garth, Douglas Gill, Anders Hallberg, Claude Hannoun, Jean-Frédéric Henchoz, Laura Jambrina, Peter Johnson, Andreas Jung, Bahri Karaçay, Ana Leal, Ahnie Litecky, Daniel Medin, Jürgen Müller, Sandy Rich, Inna Rikun, Nil Sari, Janice Shull, Maria Sistrom, Stéphanie Solinas, Tim Troll, Malvina Vlodova, Liliya Vukovich, el personal de la Biblioteca Gorki de Odesa, Jeanine Wine, Negar y Mohammad Yahaghi, y Patrick Zylberman. Mi agradecimiento por su asesoramiento editorial, que mejoró el libro, a Alex Bowler, Ana Fletcher, Janet Lizop, Michal Shavit y Jeffery Taubenberger. Gracias por su infinita hospitalidad a Pamela y Gian Luigi Lenzi. Mi agradecimiento por su beca, sin la cual habría sido imposible gran parte de la investigación, a la Society of Authors’ K. Blundell Trust y la Authors’ Foundation. Y por su sabiduría, ingenio y amabilidad, un sentido homenaje a David Miller, que murió demasiado pronto y antes de que este libro viera la luz.

Créditos de las ilustraciones

Las imágenes utilizadas para introducir cada una de las diez partes de este libro se han reproducido con autorización de:

Introducción: © Bettmann / Getty Images / Primera parte: Popperfoto / Getty Images / Editorial #: 79035213. Segunda parte: New Contributed Photographs Collection, Otis Historical Archives, National Museum of Health and Medicine (NCP 001603). Tercera parte: *La familia*, 1918, Egon Schiele (1890-1918) / Osterreichische Galerie Belvedere, Viena, Austria / © Eric Lessing / Album. Cuarta parte: Harris & Ewing collection, Prints & Photographs Division, Library of Congress, LC-DIG-hec-44028. Quinta parte: © IWM (Q 2381). Sexta parte: cortesía del Institut Pasteur/Musée Pasteur. Séptima parte: Charles Linus Black; fotógrafa: Sue Brown French. Octava parte: crédito de la foto, Cynthia Goldsmith; contenido, CDC / Dr. Terrence Tumpey. Epílogo: © Bettmann / Getty Images.

Notas

Introducción: El tema tabú

[1]. La cita exacta es: «La brevedad de la pandemia de gripe de 1918 planteó graves problemas a los médicos de la época. No tuvieron la posibilidad de probar diferentes remedios o de aprender algo sobre la enfermedad antes de que terminara. Ha planteado graves problemas a los historiadores desde entonces». T. Ranger, «A historian's foreword», en H. Phillips y D. Killingray (eds.), *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives,* Nueva York, Routledge, 2003, pp. xx-xxi. Es también la fuente de los comentarios de Ranger acerca de la necesidad de un nuevo estilo de narrar.

[2]. J. Winter, *Sites of Memory, Sites of Mourning: The Great War in European Cultural History*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, p. 20.

[3]. Ranger, en Phillips y Killingray (eds.), pp. xx-xxi. Ranger está pensando especialmente en los personajes femeninos de las novelas de la escritora zimbabuense Yvonne Vera, cuyo apellido es uno de los nombres que recibió la gripe española en su país.

[4]. L. Spinney, «History lessons», *New Scientist*, 15 de octubre de 2016, pp. 38-41.

Primera parte: la ciudad sin murallas

1. Toses y estornudos

[1]. N. D. Wolfe, C. P. Dunavan y J. Diamond, «Origins of major human infectious diseases», *Nature*, 17 de mayo de 2007; 447(7142):279-283.

[2]. Epicuro, «Gnomologio Vaticano».

[3]. Libro 25, «La caída de Siracusa».

[4]. W. H. McNeill, *Plagues and Peoples*, Garden City, Anchor Press/Doubleday, 1976, p. 2.

[5]. D. Killingray, «A new "Imperial Disease": the influenza pandemic of 1918-19 and its impact on the British Empire», ponencia para la conferencia anual de la Sociedad de Historia de la Medicina, Oxford, 1996.

[6]. W. F. Ruddiman, *Earth Transformed*, Nueva York, W. H. Freeman, 2013, cap. 21.

[7]. C. W. Potter, «A history of influenza», *Journal of Applied Microbiology* (2001), 91:572-579.

[8]. *Quick Facts: Munch's The Scream*, Art Institute of Chicago, 2013, http://www.artic.edu/aic/collections/exhibitions/Munch/resource/171.

2. Las mónadas de Leibniz

[1]. P. de Kruif, *Microbe Hunters*, Nueva York, Harcourt, Brace & Co., 1926, pp. 232-233. [Trad. *Cazadores de microbios*, Salvat, 1995]

[2]. *Ulises*, 2, 332-337.

[3]. Hipócrates, *Sobre la medicina antigua.*

[4]. T. M. Daniel, «The history of tuberculosis», *Respiratory Medicine*, 2006; 100, 1862-1870.

[5]. S. Otsubo y J. R. Bartholomew, «Eugenics in Japan: some ironies of modernity, 1883-1945», *Science in Context*, otoño-invierno de 1998; 11(3-4):545-565.

[6]. G. D. Shanks, M. Waller y M. Smallman-Raynor, «Spatiotemporal patterns of pandemic influenza-related deaths in Allied naval forces during 1918», *Epidemiology & Infection*, octubre de 2013; 141(10):2205-2212.

[*] Una mónada, según el filósofo alemán Gottfried Leibniz (1646-1716), era una partícula elemental o sustancia simple, algo indivisible.

[7]. J. Black y D. Black, «Plague in East Suffolk 1906-1918», *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2000; 93:540-543.

[8]. A. D. Lanie *et al.*, «Exploring the public understanding of basic genetic concepts», *Journal of Genetic Counseling*, agosto de 2004; 13(4):305-320.

3. Ondas en un estanque

[1]. B. Echeverri, «Spanish influenza seen from Spain», en Phillips y Killingray (eds.), p. 173.

[2]. E. F. Willis, *Herbert Hoover and The Russian Prisoners Of World War I: A Study In Diplomacy and Relief, 1918-1919*, Whitefish, Literary Licensing, LLC, 2011, p. 12.

[3]. D. K. Patterson y G. F. Pyle, «The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic», *Bulletin of the History of Medicine*, primavera de 1991; 65(1):4-21.

[4]. R. Hayman, *A Life of Jung*, Londres, Bloomsbury, 1999. Sin embargo, Hayman no menciona ninguna fuente para esta anécdota y, según Thomas Fischer, director de la Fundación para la Obra de C. G. Jung, no existe ninguna prueba documental de ello.

[5]. E. Favre, *L'Internement en Suisse des prisonniers de guerre malades ou blessés 1918-1919: troisième rapport*, Berna, Bureau du Service de l'Internement, 1919, p. 146.

[6]. *My Life and Ethiopia's Progress, 1892-1937: The Autobiography of Emperor Haile Selassie I*, ed. de E. Ullendorff, Oxford, Oxford University Press, 1976, p. 59.

[7]. R. Buckle, *Diaghilev: biographie*, traducida por Tony Mayer, París, J.C. Lattès, 1980, p. 411. [Trad. *Diáguilev*, Siruela, 1991]

[8]. R. Stach, *Kafka: The Years of Insight*, traducido por Shelley Frisch, Princeton, Princeton University Press, 2013, pp. 252-255. [Trad. *Kafka*, Acantilado, 2016]

[9]. S. Słomczyński, «"There are sick people everywhere – in cities, towns and villages": the course of the Spanish flu epidemic in Poland», *Roczniki Dziejów Społecznych i Gospodarczych*, tomo LXXII, 2012, pp. 73-93.

[10]. A. W. Crosby, *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989, pp. 145-150.

[11]. Informe del cónsul general de Francia en Milán sobre las condiciones sanitarias, 6 de diciembre de 1918, Centre de Documentation du Musée du Service de Santé des Armées, carton 813.

[12]. R. F. Foster, *W. B. Yeats: A Life, Volume II: The Arch-Poet 1915-1939*, Nueva York, Oxford University Press, 2003, p. 135.

[13]. W. Lanouette, *Genius in the Shadows: A Biography of Leo Szilard,* Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1992, pp. 41-42.

[14]. H. Carpenter, *A Serious Character: the Life of Ezra Pound*, Londres, Faber & Faber, 1988, p. 337.

[15]. G. Chowell *et al.*, «The 1918-1920 influenza pandemic in Peru», *Vaccine*, 22 de julio de 2011; 29(S2):B21-26.

[16]. A. Hayami, *The Influenza Pandemic in Japan, 1918-1920: The First World War between Humankind and a Virus*, traducido por Lynne E. Riggs y Manabu Takechi, Kioto, International Research Center for Japanese Studies, 2015, p. 175.

4. Como un ladrón en la noche

[1]. N. R. Grist, «Pandemic influenza 1918», *British Medical Journal*, 22-29 de diciembre de 1979; 2(6205):1632-1633.

[2]. N. P. A. S. Johnson, *Britain and the 1918-19 Influenza Pandemic: A Dark Epilogue*, Londres, Routledge, 2006, pp. 68-69.

[3]. L. Campa, *Guillaume Apollinaire*, París, Éditions Gallimard, 2013, p. 764.

[4]. Carta de Margarethe Kühn a Richard Collier, 26 de abril de 1972. Inédita. En la colección del Museo Imperial de la Guerra, Londres.

[5]. J. T. Cushing y A. F. Stone (eds.), *Vermont in the world war: 1917-1919*, Burlington, Free Press Printing Company, 1928, p. 6.

[6]. C. Ammon, «Chroniques d'une épidémie: Grippe espagnole à Genève», tesis doctoral, Universidad de Ginebra, 2000, p. 37.

[7]. M. Honigsbaum, *Living with Enza: The Forgotten Story of Britain and the Great Flu Pandemic of 1918*, Londres, Macmillan, 2009, p. 81.

[8]. El título del relato de Porter, del que este libro toma su título, hace referencia a un espiritual afroamericano, que a su vez remite al Apocalipsis 6, 8: «Y vi un caballo amarillento; el jinete se llamaba Muerte, y el Abismo lo seguía. Se les dio potestad sobre la cuarta parte de la tierra, para matar con espada, hambre, epidemias y con las fieras salvajes».

[9]. M. Ramanna, «Coping with the influenza pandemic: the Bombay experience», en Phillips y Killingray (eds.), p. 88.

[10]. P. Nava, *Chão de ferro*, Río de Janeiro, José Olympio, 1976, cap. 2: «Rua Major Ávila».

[11]. S. C. Adamo, «The broken promise: race, health, and justice in Rio de Janeiro, 1890-1940», tesis doctoral, Universidad de Nuevo México, 1983, p. iv.

[12]. H. C. Adams, «Rio de Janeiro – in the land of lure», *The National Geographic Magazine*, septiembre de 1920, 38(3):165-210.

[13]. T. Meade, «*Civilising*» *Rio: Reform and Resistance in a Brazilian City, 1889-1930*, University Park, Penn State University Press, 1996.

[14]. A. da C. Goulart, «Revisiting the Spanish flu: the 1918 influenza pandemic in Rio de Janeiro», *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, enero-abril de 2005; 12(1):1-41.

[15]. *Ibid.*

[16]. R. A. dos Santos, «Carnival, the plague and the Spanish flu», *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, enero-marzo de 2006; 13(1):129-158.

Tercera parte: *Manhu* o ¿qué es esto?

5. La enfermedad once

[1]. «World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases», Ginebra, Organización Mundial de Salud, mayo de 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163636/1/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf?ua=1 [En español, http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/naming-new-diseases/es/]

[2]. R. A. Davis, *The Spanish Flu: Narrative and Cultural Identity in Spain, 1918*, Nueva York, Palgrave Macmillan US, 2013.

[3]. J. D. Müller, «What's in a name: Spanish influenza in sub-Saharan Africa and what local names say about the perception of this pandemic», ponencia presentada en «The Spanish Flu 1918-1998: reflections on the influenza pandemic of 1918-1919 after 80 years», conferencia internacional, Ciudad del Cabo, 12-15 de septiembre de 1998.

6. El dilema de los médicos

[1]. N. Yildirim, *A History of Healthcare in Istanbul* (Estambul, Istanbul 2010 European Capital of Culture Agency and Istanbul University, 2010), p. 134.

[2]. Dr. Marcou, «Report on the sanitary situation in Soviet Russia», Correspondance politique et commerciale, série Z Europe, URSS (1918-1940), Cote 117CPCOM, Centre des Archives Diplomatiques de La Courneuve, Francia.

[3]. H. A. Maureira, «"Los culpables de la miseria": poverty and public health during the Spanish influenza epidemic in Chile, 1918-1920», tesis doctoral, Georgetown University, 2012, p. 237.

[4]. B. J. Andrews, «Tuberculosis and the Assimilation of Germ Theory in China, 1895-1937», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, enero de 1997; 52:142.

[5]. D. G. Gillin, *Warlord: Yen Hsi-shan in Shansi Province 1911-1949,* Princeton, Princeton University Press, 1967, p. 36.

[6]. P. T. Watson, «Some aspects of medical work», *Fenchow*, octubre de 1919; 1(2):16.

[7]. N. M. Senger, «A Chinese Way to Cure an Epidemic», *The Missionary Visitor*, Elgin, IL., Brethren Publishing House, febrero de 1919, p. 50.

[*] Un *kang* es una gran plataforma de ladrillos o de arcilla calentada que se utiliza para dormir en las viviendas del norte de China.

[8]. A. W. Hummel, «Governor Yen of Shansi», *Fenchow*, octubre de 1919; 1(2):23.

7. La ira de Dios

[1]. R. Collier, *The Plague of the Spanish Lady: October 1918-January 1919*, Londres, Macmillan, 1974, pp. 30-31.

[2]. P. Ziegler, *The Black Death,* Londres, Penguin, 1969, p. 14.

[3]. En Phillips y Killingray (eds.), «Introduction», p. 6.

[4]. A. W. Crosby, p. 47.

[5]. Carta escrita a Richard Collier, 16 de mayo de 1972. Inédita. En la colección del Museo Imperial de la Guerra, Londres.

[6]. Estudio publicado por el Pew Research Center en 2007: http://www.pewresearch.org/daily-number/see-aids-as-gods-punishment-for-immorality/.

[7]. J. de Marchi, *The True Story of Fátima*, Saint Paul, Catechetical Guild Educational Society, 1952, http://www.ewtn.com/library/MARY/tsfatima.htm.

[8]. *Boletín oficial de la diócesis de Zamora*, 8 de diciembre de 1914.

[9]. J. Baxter, *Buñuel*, Londres, Fourth Estate, 1995, p. 19. [Trad. *Luis Buñuel: una biografía*, Paidós, 1996]

[10]. J. G.-F. del Corral, *La epidemia de gripe de 1918 en la provincia de Zamora: estudio estadístico y social,* Zamora, Instituto de Estudios Zamoranos «Florián de Ocampo», 1995).

[11]. *Boletín Oficial del Obispado de Zamora,* 15 de noviembre de 1918.

Cuarta parte: el instinto de supervivencia

8. Cruces de tiza en las puertas

[1]. V. A. Curtis, «Infection-avoidance behaviour in humans and other animals», *Trends in Immunology*, octubre de 2014; 35(10):457-464.

[2]. C. Engel, *Wild Health: How Animals Keep Themselves Well and What We Can Learn From Them*, Londres, Phoenix, 2003, pp. 215-217.

[3]. F. Gealogo, «The Philippines in the world of the influenza pandemic of 1918-1919», *Philippine Studies*, junio de 2009; 57(2):261-292.

[4]. «Ce que le docteur Roux de l'Institut Pasteur pense de la grippe», *Le Petit Journal*, 27 de octubre de 1918.

[5]. G. W. Rice, «Japan and New Zealand in the 1918 influenza pandemic», en Phillips y Killingray (eds.), p. 81.

[6]. R. Chandavarkar, «Plague panic and epidemic politics in India, 1896-1914», en Terence Ranger y Paul Slack (eds.), *Epidemics & Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992), pp. 203-240.

[7]. *Ibid.*, p. 229. Informe escrito por un funcionario de sanidad en Bombay.

[8]. N. Tomes, «“Destroyer and teacher”: managing the masses during the 1918-1919 influenza pandemic», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):48.62.

[9]. *Ibid.*

[10]. E. Tognotti, «Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A», *Emerging Infectious Diseases*, febrero de 2013; 19(2):254-249.

[11]. C. See, «Alternative menacing», *Washington Post*, 25 de febrero de 2005.

[12]. F. Aimone, «The 1918 influenza epidemic in New York City: a review of the public health response», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):71-79.

[13]. A. M. Kraut, «Immigration, ethnicity, and the pandemic», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):123-133.

[14]. L. M. DeBauche, *Reel Patriotism: The Movies and World War I,* Madison, University of Wisconsin Press, 1997, p. 149.

[15]. J. Stella, *New York*, traducido por Moyra Byrne (sin fecha).

[16]. A. M. Kraut, *Silent Travelers: Germs, Genes, and the «Immigrant Menace»*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1995, p. 125.

[17]. Las tasas de sobremortalidad (un indicador de la cifra de personas que murieron por encima de lo que cabía esperar en un año «normal» o no pandémico) fueron un 40 y un 55 por ciento más elevadas en Boston y Filadelfia, respectivamente, que en Nueva York.

[18]. Olson D.R. *et al.* «Epidemiological evidence of an early wave of the 1918 influenza pandemic in New York City», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2 de agosto de 2005; 102(31):11059-11063.

[19]. A. M. Kraut, «Immigration, ethnicity, and the pandemic», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):123-133.

[20]. R. J. Potter, «Royal Samuel Copeland, 1868-1938: a physician in politics», tesis doctoral, Western Reserve University, 1967.

[21]. Percy Cox a George N. Curzon, Teherán, 8 de marzo de 1920, insert #1, Anthony R. Neligan a Percy Cox, FO 371/3892, Londres, Public Records Office.

[22]. W. G. Grey, diario de Meshed n.º 30 para la semana que terminó el 27 de julio de 1918, Biblioteca Británica, Londres, IOR/L/PS/10/211.

[23]. M. G. Majd, *The Great Famine and Genocide in Persia, 1917-1919,* Lanham, University Press of America, 2003.

[24]. La peregrinación a Mashhad, P4002/1918, India Office Records, Biblioteca Británica, Londres.

[25]. W. Floor, «Hospitals in Safavid and Qajar Iran: an enquiry into their number, growth and importance», en F. Speziale (ed.), *Hospitals in Iran and India, 1500-1950s*, Leiden, Brill, 2012, p. 83.

[26]. W. M. Miller, *My Persian Pilgrimage: An Autobiography*, Pasadena, William Carey Library, 1989, p. 56.

[27]. R. E. Hoffman, «Pioneering in Meshed, The Holy City of Iran; Saga of a Medical Missionary», cap. 4: «Meshed, the Holy City», archivos de la Sociedad Histórica Presbiteriana, Filadelfia, manuscrito sin fecha.

[28]. L. I. Conrad, «Epidemic disease in early Islamic society», en Ranger y Slack (eds.), pp. 97-99.

[29]. Documento número 105122/3, Centro de Documentación, Biblioteca Central de Astan Quds Razavi, Mashhad.

[30]. W. M. Miller, p. 61.

[31]. Hoffman, p. 100.

9. El efecto placebo

[1]. G. Heath y W. A. Colburn, «An evolution of drug development and clinical pharmacology during the twentieth century», *Journal of Clinical Pharmacology*, 2000; 40:918-929.

[2]. A. Noymer, D. Carreon y N. Johnson, «Questioning the salicylates and influenza pandemic mortality hypothesis in 1918-1919», *Clinical Infectious Diseases*, 15 de abril de 2010; 50(8):1203.

[3]. Nava, p. 202.

[4]. B. Echeverri, en Phillips y Killingray (eds.), p. 179.

[5]. Informe de Mathis y Spillmann, del Octavo Ejército, Región Norte, 16 de octubre de 1918; y «Une cure autrichienne de la grippe espagnole», memorándum fechado el 2 de noviembre de 1918, Centre de Documentation du Musée du Service de Santé des Armées, carton 813.

[6]. P. Lemoine, *Le Mystère du placebo*, París, Odile Jacob, 2006.

[7]. V. A. Kuznetsov, «Professor Yakov Yulievich Bardakh (1857-1929): pioneer of bacteriological research in Russia and Ukraine», *Journal of Medical Biography*, agosto de 2014; 22(3):136-144.

[8]. A. Rowley, *Open Letters: Russian Popular Culture and the Picture Postcard 1880-1922,* Toronto, University of Toronto Press, 2013.

[9]. *Odesskiye Novosti* (*Noticias de Odesa*), 2 de octubre de 1918.

[10]. J. Tanny, *City of Rogues and Schnorrers: Russia's Jews and the Myth of Old Odessa,* Bloomington, Indiana University Press, 2011, p. 158.

[11]. V. Khazan, *Pinhas Rutenberg: From Terrorist to Zionist, Volume I: Russia, the First Emigration (1879-1919)*, en ruso, Moscú, Мосты Культуры, 2008, p. 113.

[12]. Suele haber confusión sobre las fechas en Rusia a principios de 1919. Los soviéticos habían impuesto el calendario gregoriano en 1918, pero en el breve interludio que estuvieron los blancos en el poder en 1919, restablecieron el antiguo calendario juliano. Las fechas relacionadas con la enfermedad y la muerte de Vera Jolodnaya se corresponden con el calendario gregoriano. Para obtener su equivalente en el calendario juliano hay que restar trece días.

[13]. Kuznetsov.

10. Buenos samaritanos

[1]. J. Drury, C. Cocking y S. Reicher, «Everyone for themselves? A comparative study of crowd solidarity among emergency survivors», *British Journal of Social Psychology*, septiembre de 2009; 48(3):487-506.

[2]. D. Defoe, *Journal of the Plague Year* (1722). [Trad. *Diario del año de la peste*, Impedimenta, 2010]

[3]. J. G. Ellison, «“A fierce hunger”: tracing impacts of the 1918-19 influenza epidemic in south-west Tanzania», en Phillips y Killingray (eds.), p. 225.

[4]. S. J. Huber y M. K. Wynia, «When pestilence prevails ... physician responsibilities in epidemics», *American Journal of Bioethics*, invierno de 2004; 4(1):W5-11.

[5]. W. C. Williams, *The Autobiography of William Carlos Williams,* Nueva York, Random House, 1951, pp. 159-160.

[6]. M. Jacobs, *Reflections of a General Practitioner*, Londres, Johnson, 1965, pp. 81-83.

[7]. *La Croix-Rouge suisse pendant la mobilisation 1914-1919*, Berna, Imprimerie Coopérative Berne, 1920, pp. 62-63.

[8]. Dos Santos.

[9]. S. Caulfield, *In Defense of Honor: Sexual Morality, Modernity, and Nation in Early-Twentieth-Century Brazil*, Durham y Londres, Duke University Press, 2000, p. 2. Véanse también los comentarios de Dos Santos.

[10]. K. Miller, «Combating the "Flu" at Bristol Bay», *The Link,* Seattle, Alumni Association of Providence Hospital School of Nursing, 1921, pp. 64-66.

[11]. H. Stuck, *A Winter Circuit of Our Arctic Coast: A Narrative of a Journey with Dog-Sleds Around the Entire Arctic Coast of Alaska,* Nueva York, Charles Scribner's Sons, 1920, p. ix.

[12]. J. W. VanStone, *The Eskimos of the Nushagak River: An Ethnographic History,* Seattle y Londres, University of Washington Press, 1967, pp. 3-4.

[13]. M. Lantis, «The Religion of the Eskimos», en V. Ferm (ed.), *Forgotten Religions,* Nueva York, The Philosophical Library, 1950, pp. 309-339.

[14]. H. Napoleon, *Yuuyaraq: The Way of the Human Being,* Fairbanks, Alaska Native Knowledge Network, 1996, p. 5.

[15]. J. Branson y T. Troll (eds.), *Our Story: Readings from Southwest Alaska*, Anchorage, Alaska Natural History Association, 2.ª ed., 2006, p. 129.

[16]. Informe de L. H. French a W. T. Lopp, 8 de abril de 1912, Departamento del Interior. En Branson y Troll (eds.), p. 124.

[17]. Diario de E. A. Coffin, 1919-1924. Alaska State Library Historical Collections, MS 4-37-17.

[18]. J. B. McGillycuddy, *McGillycuddy, Agent: A Biography of Dr Valentine T. McGillycuddy*, Stanford, Stanford University Press, 1941, p. 278.

[19]. *Ibid.*, reeditado como *Blood on the Moon: Valentine McGillyCuddy and the Sioux*, Lincoln y Londres, University of Nebraska Press, 1990, p. 285.

[20]. K. Miller.

[21]. S. Baker. Carta del guarda al comisario de pesca, Oficina de Pesca, Departamento de Comercio, Seattle, 26 de noviembre de 1919. Archivos Nacionales, Washington D.C. Record Group 22, Servicio de Pesca y Vida Silvestre de Estados Unidos. También es la fuente de la cita anterior.

[22]. Coffin.

[23]. A. B. Schwalbe, *Dayspring on the Kuskokwim,* Bethlehem, Moravian Press, 1951, pp. 84-85.

[24]. Informe de D. Hotovitzky a su Eminencia Alexander Nemolovsky, arzobispo de las islas Aleutianas y América del Norte, 10 de mayo de 1920. Archivos de la Iglesia Ortodoxa de Estados Unidos. También es la fuente de la cita siguiente.

[25]. Nushagak era un poblado al otro lado del río Nushagak desde Dillingham.

[26]. Informe de C. H. Williams, supervisor, Alaska Packers' Association, en Branson y Troll (eds.), pp. 130-131.

[27]. VanStone.

[28]. K. Miller.

Quinta parte: *post mortem*

11. En busca del paciente cero

[1]. E. N. LaMotte, *Peking Dust*, Nueva York, The Century Company, 1919, apéndice II.

[2]. A. Witchard, *England's Yellow Peril: Sinophobia and the Great War*, Londres, Penguin, China Penguin Special, 2014.

[3]. Y-l. Wu, *Memories of Dr Wu Lien-Teh, Plague Fighter*, Singapur, World Scientific, 1995, pp. 32-33.

[4]. L-t. Wu, «Autobiography», *Manchurian Plague Prevention Service Memorial Volume 1912.*1932, Shanghái, National Quarantine Service, 1934, p. 463.

[5]. Para una exposición de esta teoría, véase: M. Humphries, «Paths of infection: the First World War and the origins of the 1918 influenza pandemic», *War in History*, 2013; 21(1):55-81.

[6]. U. Close, *In the Land of the Laughing Buddha: the Adventures of an American Barbarian in China*, Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1924, pp. 39-42. Upton Close era el seudónimo de Josef Washington Hall.

[7]. J. S. Oxford et al., «World War I may have allowed the emergence of “Spanish” influenza», *Lancet Infectious Diseases*, febrero de 2002; 2:111-14.

[8]. J. Stallworthy, *Wilfred Owen*, Londres, Chatto & Windus, 1974.

[9]. J. A. B. Hammond, W. Rolland y T. H. G. Shore, «Purulent bronchitis: a study of cases occurring amongst the British troops at a base in France», *Lancet*, 1917; 193:41-44.

[10]. A. Abrahams et al., «Purulent bronchitis: its influenza and pneumococcal bacteriology», *Lancet*, 1917; 2:377-380.

[11]. Correspondencia personal con el historiador local Pierre Baudelicque.

[12]. Correspondencia personal con Douglas Gill.

[13]. J. M. Barry, «The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications», *Journal of Translational Medicine*, 2004; 2:3.

[14]. D. A. Pettit y J. Bailie, *A Cruel Wind: Pandemic Flu in America, 1918-1920,* Murfreesboro, Timberlane Books, 2008, p. 65.

12. El recuento de los muertos

[1]. Patterson y Pyle, pp. 17-18.

[2]. El 2,5 por ciento es la tasa de fatalidad que se suele citar en el caso de la gripe española. Sin embargo, nótese que no concuerda ni con las cifras de muertes actualizadas de Patterson y Pyle ni con las de Johnson y Müller. Si enfermó una de cada tres personas del planeta, aproximadamente 500 millones de seres humanos, y la cifra del 2,5 por ciento es correcta, entonces «solo» murieron 12,5 millones de personas. Por otra parte, si murieron 50 millones de personas, según el cálculo más conservador de Johnson y Müller, entonces la tasa de letalidad (promedia mundial) fue cercana al 10 por ciento.

[3]. V. M. Zhdanov et al., *The Study of Influenza*, Reports on Public Health and Medical Subjects, Bethesda, National Institutes of Health, 1958.

[4]. Informe de E. Léderrey sobre la situación sanitaria de Ucrania en 1919, Centre des Archives Diplomatiques de la Courneuve; correspondance politique et commerciale, série Z, Europa, Unión Soviética (1918-1940).

[5]. W. Iijima, «Spanish influenza in China, 1918-1920: a preliminary probe», en Phillips and Killingray (eds.), pp. 101-109.

[6]. Watson.

[7]. N. P. A. S. Johnson y J. Müller, «Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic», *Bulletin of the History of Medicine*, primavera de 2002; 76(1):105-115.

Sexta parte: la redención de la ciencia

13. Aenigmoplasma influenzae

[1]. R. Dujarric de la Rivière, *Souvenirs*, Périgueux, Pierre Fanlac, 1961, p. 110.

[2]. Archives de l'Institut Pasteur, fonds Lacassagne (Antoine), Cote LAC.B1.

[3]. R. Dujarric de la Rivière, «La grippe est-elle une maladie à virus filtrant?», Académie des Sciences (Francia). Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences. Sesión del 21 de octubre de 1918, pp. 606-607.

[4]. É. Roux, «Sur les microbes dits “invisibles”», *Bulletin de l’Institut Pasteur*, 1903(1):7.

14. Cuidado con el corral

[1]. J. van Aken, «Is it wise to resurrect a deadly virus», *Heredity*, 2007; 98:1-2.

[2]. Curiosamente, en 1977 se descubrió que había reaparecido el H1N1 en el mundo. Cuando los científicos analizaron su genoma, descubrieron que «faltaban» décadas de evolución, como si hubiera mantenido en estado de hibernación en algún lugar. De hecho, muchos sospecharon, aunque esta teoría nunca se ha demostrado, que una cepa congelada en un laboratorio fue liberada accidentalmente entre la población.

[3]. R. D. Slemons *et al.*, «Type-A influenza viruses isolated from wild free-flying ducks in California», *Avian Diseases*, 1974; 18:119-124.

[4]. C. Hannoun y J. M. Devaux, «Circulation of influenza viruses in the bay of the Somme River», *Comparative Immunology, Microbiology & Infectious Diseases*, 1980; 3:177-183.

[5]. Para simplificar, la estaciones mencionadas al hablar de la evolución del virus en el transcurso de la pandemia son las del hemisferio norte.

[6]. D. S. Chertow et al., «Influenza circulation in United States Army training camps before and during the 1918 influenza pandemic: clues to early detection of pandemic viral emergence», *Open Forum Infectious Diseases*, primavera de 2015; 2(2):1-9.

[7]. M. A. Beck, J. Handy y O. A. Levander, «Host nutritional status: the neglected virulence factor», *Trends in Microbiology*, septiembre de 2004; 12(9):417-423.

[8]. P. W. Ewald, «Transmission modes and the evolution of virulence, with special reference to cholera, influenza, and AIDS», *Human Nature*, 1991; 2(1):1-30.

[9]. M. Worobey, G.-Z. Hana y A. Rambaut, «Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H1N1 influenza A virus», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3 de junio de 2014; 111(22):8107-8112.

[10]. F. Haalboom, «“Spanish” flu and army horses: what historians and biologists can learn from a history of animals with flu during the 1918-1919 influenza pandemic», *Studium*, 2014; 7(3):124-139.

[11]. J. K. Taubenberger y D. M. Morens, «1918 influenza: the mother of all pandemics», *Emerging Infectious Diseases*, enero de 2006; 12(1):15-22.

15. El factor humano

[1]. S.-E. Mamelund, «A socially neutral disease? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918-19», *Social Science & Medicine*, febrero de 2006; 62(4):923-940.

[2]. C. E. A. Winslow y J. F. Rogers, «Statistics of the 1918 epidemic of influenza in Connecticut», *Journal of Infectious Diseases*, 1920; 26:185-216.

[3]. C. J. L. Murray *et al.*, «Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918-20 pandemic: a quantitative analysis», *Lancet*, 2006; 368:2211-2218.

[4]. C. Lim, «The pandemic of the Spanish influenza in colonial Korea», *Korea Journal*, invierno de 2011:59-88.

[5]. D. Hardiman, «The influenza epidemic of 1918 and the Adivasis of Western India», *Social History of Medicine*, 2012; 25(3):644-664.

[6]. P. Zylberman, «A holocaust in a holocaust: the Great War and the 1918 Spanish influenza epidemic in France», en Phillips y Killingray (eds.), p. 199.

[7]. V. N. Gamble, «“There wasn’t a lot of comforts in those days”: African Americans, public health, and the 1918 influenza epidemic», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):114-122.

[8]. G. D. Shanks, J. Brundage y J. Frean, «Why did many more diamond miners than gold miners die in South Africa during the 1918 influenza pandemic?», *International Health*, 2010; 2:47-51.

[9]. M. C. J. Bootsma y N. M. Ferguson, «The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in US cities», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 1 de mayo de 2007; 104(18):7588-7593.

[10]. A. Afkhami, «Compromised constitutions: the Iranian experience with the 1918 influenza pandemic», *Bulletin of the History of Medicine*, verano de 2003; 77(2):367-392.

[11]. A. Noymer, «The 1918 influenza pandemic hastened the decline of tuberculosis in the United States: an age, period, cohort analysis», *Vaccine*, 22 de julio de 2011; 29(S2):B38-41.

[12]. C. V. Wiser, «The Foods of an Indian Village of North India», *Annals of the Missouri Botanical Garden,* noviembre de 1955; 42(4):303-412.

[13]. F. S. Albright *et al.*, «Evidence for a heritable predisposition to death due to influenza (2008)», *Journal of Infectious Diseases*, 1 de enero de 2008; 197(1):18-24.

[14]. M. J. Ciancanelli, «Infectious disease. Life-threatening influenza and impaired interferon amplification in human IRF7 deficiency», *Science*, 24 de abril de 2015; 348(6233):448-453.

Séptima parte: el mundo después de la gripe

16. Los brotes verdes de la recuperación

[1]. A. Ebey, 35.º informe anual para el año que termina el 29 de febrero de 1920, Iglesia de los Hermanos, p. 16.

[2]. S. Chandra, G. Kuljanin y J. Wray, «Mortality from the influenza pandemic of 1918-1919: the case of India», *Demography*, 2012; 49:857-865.

[3]. S.-E. Mamelund, «Can the Spanish Influenza pandemic of 1918 explain the baby-boom of 1920 in neutral Norway?», memorándum n.º 01/2003, Oslo, Department of Economics, University of Oslo, 2003.

[4]. Por ejemplo: H. Lubinski, «Statistische Betrachtungen zur Grippepandemie in Breslau 1918-22», *Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten*, 1923-1924; 91:372-383.

[5]. A. Noymer y M. Garenne, «The 1918 influenza epidemic's effects on sex differentials in mortality in the United States», *Population and Development Review*, septiembre de 2000; 26(3):565-581.

[6]. J. W. Harris, «Influenza occurring in pregnant women, a statistical study of thirteen hundred and fifty cases», *Journal of the American Medical Association*, 3 de abril de 1919; 72:978-980.

[7]. D. Almond, «Is the 1918 influenza pandemic over? Long-term effects of in utero influenza exposure in the post-1940 US population», *Journal of Political Economy*, 2006; 114(4):672-712.

[8]. Correspondencia personal con Sue Prideaux.

[9]. K. A. Menninger, «Influenza and schizophrenia. An analysis of post-influenzal “dementia precox”, as of 1918, and five years later further studies of the psychiatric aspects of influenza», *American Journal of Psychiatry*, junio de 1994; (S6):182-187. 1926.

[10]. Wellcome Film of the Month: *Acute Encephalitis Lethargica* (1925), http://blog.wellcome.ac.uk/2012/11/02/acute-encephalitis-lethargica1925/.

[11]. D. Tappe y D. E. Alquezar-Planas, «Medical and molecular perspectives into a forgotten epidemic: encephalitis lethargica, viruses, and high-throughput sequencing», *Journal of Clinical Virology*, 2014; 61:189-195.

[12]. O. Sacks, *Awakenings,* Londres, Picador, 1983, pp. 105-107. [Trad. *Despertares,* Anagrama, 2011]

[13]. R. R. Edgar y H. Sapire, *African Apocalypse: The Story of Nontetha Nkwenkwe, a Twentieth-Century South African Prophet,* Johannesburgo, Witwatersrand University Press, 2000.

17. Historias alternativas

[1]. Ziegler, p. 199.

[2]. Correspondencia personal con Sofie Frackowiak.

[3]. M. Karlsson, T. Nilsson y S. Pichler, «The impact of the 1918 Spanish flu epidemic on economic performance in Sweden: an investigation into the consequences of an extraordinary mortality shock», *Journal of Health Economics*, 2014; 36:1-19.

[4]. E. Brainerd y M. V. Siegler, «The Economic Effects of the 1918 Influenza Epidemic», documento de debate n.º 3791, febrero de 2003, Londres, Centre for Economic Policy Research.

[5]. S. A. Wurm, «The language situation and language endangerment in the Greater Pacific area», en M. Janse y S. Tol (eds.), *Language Death and Language Maintenance: Theoretical, Practical and Descriptive Approaches*, Ámsterdam, John Benjamins Publishing Company, 2003.

[6]. G. Kolata, *Flu: The Story of the Great Influenza Pandemic of 1918 and the Search for the Virus That Caused It*, Nueva York, Touchstone, 1999, p. 260.

[7]. Informe de 1994 de la Comisión de Nativos de Alaska, volumen 1, http://www.alaskool.org/resources/anc/anc01.htm#undoing.

[8]. Napoleon, p. 12.

18. Anticiencia, ciencia

[1]. M. Bitsori y E. Galanakis, «Doctors versus artists: Gustav Klimt's Medicine», *British Medical Journal*, 2002; 325:1506-1508.

[2]. *The New York Times*, 17 de octubre de 1918.

[3]. J. C. Whorton, *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America,* Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 205.

[4]. T. Ranger, «The Influenza Pandemic in Southern Rhodesia: a crisis of comprehension», en *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester, Manchester University Press, 1988.

[5]. A. Conan Doyle, «The Evidence for Fairies», *Strand Magazine*, 1921. [Trad. *El misterio de las hadas*, José J. Olañeta Editor, 2003]

[6]. M. Hurley, «Phantom Evidence», *CAM*, Pascua de 2015; 75:31.

[7]. M. Launay, *Benoît XV (1914-1922): Un pape pour la paix*, París, Les Éditions du Cerf, 2014, p. 99.

19. Sanidad para todos

[1]. W. Witte, «The plague that was not allowed to happen», en Phillips y Killingray (eds.), p. 57.

[2]. S. G. Solomon, «The expert and the state in Russian public health: continuities and changes across the revolutionary divide», en D. Porter (ed.), *The History of Public Health and the Modern State,* Ámsterdam, Editions Rodopi, 1994.

[3]. A. A. Afkhami, «Iran in the age of epidemics: nationalism and the struggle for public health: 1889.1926», tesis doctoral, Yale University, 2003, p. 462.

[4]. M. Micozzi, «National Health Care: Medicine in Germany, 1918-1945», 1993, https://fee.org/articles/national-health-care-medicine-in-germany-1918-1945/.

20. Guerra y paz

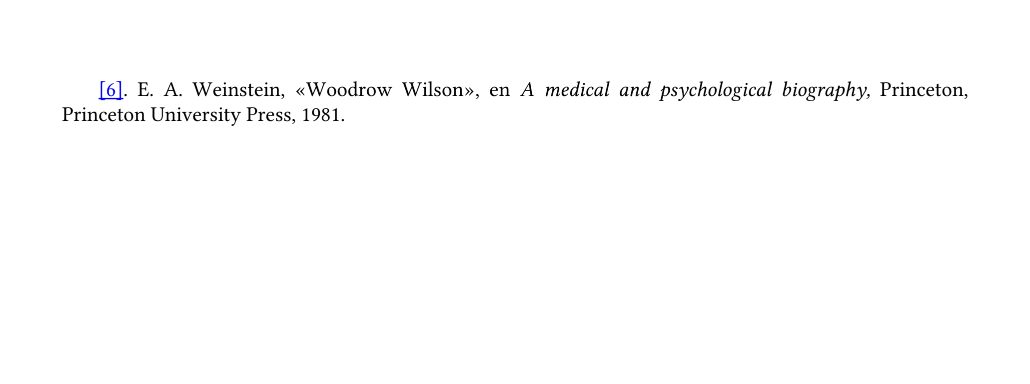
[1]. E. Jünger, *Storm of Steel*, traducido por Michael Hofmann, Londres, The Folio Society, 2012, p. 239. [Trad. *Tempestades de acero*, Tusquets, 2005]

[2]. D. T. Zabecki, *The German 1918 Offensives: A Case Study in The Operational Level of War,* Nueva York, Routledge, 2006.

[3]. A. T. Price-Smith, *Contagion and Chaos: Disease, Ecology, and National Security in the Era of Globalization,* Cambridge, The MIT Press, 2009.

[4]. S. Zweig, *The World of Yesterday,* Nueva York, Viking Press, 1943, p. 285. [Trad. *El mundo de ayer: memorias de un europeo*, Acantilado, 2012]

[5]. A. A. Allawi, *Faisal I of Iraq,* New Haven, Yale University Press, 2014, p. 223.



[6]. E. A. Weinstein, «Woodrow Wilson», en *A medical and psychological biography,* Princeton, Princeton University Press, 1981.

[7]. Correspondencia personal con John Milton Cooper Jr.

[8]. S. Kotkin, *Stalin, Volume 1: Paradoxes of Power, 1878-1928,* Londres, Allen Lane, 2014.

[9]. Davis.

[10]. M. Echenberg, «“The dog that did not bark”: memory and the 1918 influenza epidemic in Senegal», en Phillips y Killingray (eds.), p. 234.

[11]. M. K. Gandhi, *Autobiography: The Story of My Experiments with Truth,* CreateSpace Independent Publishing Platform, 2012, p. 379. [Trad. *Autobiografía: historia de mis experiencias con la verdad,* Gaia, 2014]

[12]. A. Ebey, 35.º informe anual para el año que termina el 29 de febrero de 1920, Iglesia de los Hermanos, p. 17.

[13]. A. Bhatt, «Caste and political mobilisation in a Gujarat district», en R. Kothari (ed.), *Caste in Indian Politics,* Nueva Delhi, Orient Longman, 1971, p. 321.

[14]. A. J. P. Taylor, *English History 1914-1945,* Oxford, Oxford University Press, 1965, pp. 152-153.

[15]. Carta de Tagore a un amigo, 11 de mayo de 1919, *Young India*, agosto de 1919, volumen 2.

21. La musa de la melancolía

[1]. W. L. Phelps, «Eugene O'Neill, Dramatist», *The New York Times*, 19 de junio de 1921.

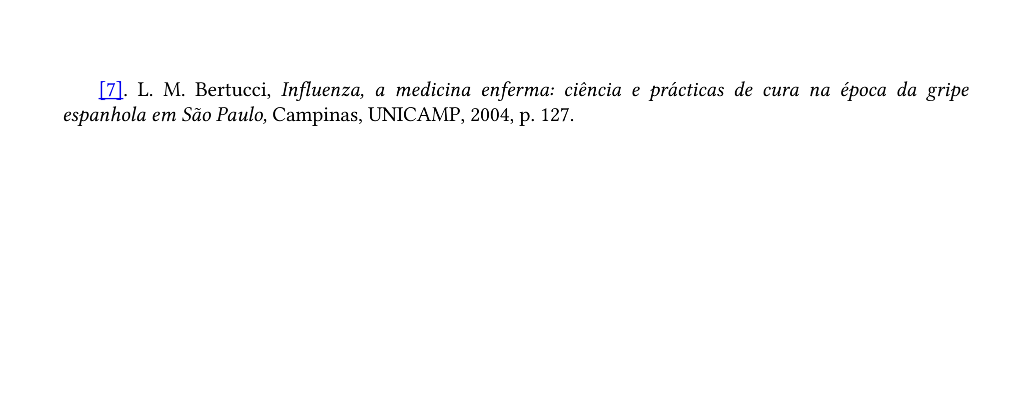
[2]. F. B. Smith, «The Russian Influenza in the United Kingdom, 1889-1894», *Social History of Medicine*, 1995; 8(1):55-73.

[3]. J. Iwaszkiewicz, «The History of “King Roger”», *Muzyka*, 1926, n.º 6, http://drwilliamhughes.blogspot.fr/2012/05/jarosaw-iwaszkiewiczhistory-ofking.html.

[4]. P. Gay, *Freud: A Life for our Time*, Nueva York, W. W. Norton & Company, 2006, p. 392. [Trad. *Freud: una vida de nuestro tiempo*, Paidós, 2010]

[5]. R. Stach, p. 262.

[6]. Davis, p. 109.



[7]. L. M. Bertucci, *Influenza, a medicina enferma: ciência e prácticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo,* Campinas, UNICAMP, 2004, p. 127.

[8]. A. Montague, «Contagious Identities: literary responses to the sanitarist and eugenics movement in Brazil», tesis doctoral, Brown University, 2007.

[9]. S. Wang, *Lu Xun: A Biography*, Pekín, Foreign Languages Press, 1984, pp. 27-29.

[10]. Andrews, pp. 141-142.

[11]. S. T. Nirala, *A Life Misspent*, traducido por Satti Khanna, Noida, HarperCollins, 2016, pp. 53-54.

Octava parte: el legado de Roscoe

[1]. D. A. Kirby, *Lab Coats in Hollywood: Science, Scientists, and Cinema*, Cambridge, The MIT Press, 2010, ubicación 1890 (versión Kindle).

[2]. A. Gulland, «World invests too little and is underprepared for disease outbreaks, report warns», *British Medical Journal*, 2016; 352:i225.

[3]. J. Shaman y M. Lipsitch, «The El Niño-Southern Oscillation (ENSO)-pandemic influenza connection: coincident or causal?», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 26 de febrero de 2013; 110(S1):3689-3691.

[4]. Audubon, *Birds and Climate Change Report*, 2014, http://climate.audubon.org.

[5]. N. A. Christakis y J. H. Fowler, «Social network sensors for early detection of contagious outbreaks», *PLOS One*, 15 de septiembre de 2010; 5(9):e12948.

[6]. R. P. P. Almeida, «Can Apulia's olive trees be saved?», *Science*, 22 de julio de 2016; 353:346-348.

Epílogo: sobre la memoria

[1]. H. Phillips, «The recent wave of “Spanish” flu historiography», *Social History of Medicine*, 2014, doi:10.1093/shm/hku066.

[2]. J. W. Thompson, «The aftermath of the Black Death and the aftermath of the Great War», *American Journal of Sociology*, 1921; 26(5):565-572.

[3]. G. D. Shanks, «Legacy of the 1914-18 war 1: How World War 1 changed global attitudes to war and infectious diseases», *Lancet*, 2014; 384:1699-1707.

[4]. H. L. Roediger y M. Abel, «Collective memory: a new arena of cognitive study», *Trends in Cognitive Sciences*, 2015; 19(7):359-361.

[5]. http://numismatics.free.fr/FIM/FIM%20%20Medaille%20des%20EpidemiesV3.0.pdf.

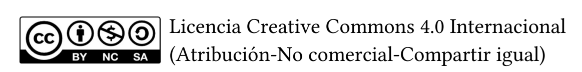
[6]. D. Gill, «No compromise with truth: Vera Brittain in 1917», *War and Literature*, Yearbook V, 1999:67-93.

[7]. M. Forrier, *Edmond Rostand dans la Grande Guerre 1914-1918,* Orthez, Editions Gascogne, 2014, p. 414.

El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo
Laura Spinney

Título original: *Pale Rider. The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World*

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)
Crítica es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.
www.ed-critica.es
www.planetadelibros.com



Primera edición en libro electrónico (epub): febrero de 2018

ISBN: 978-84-17067-88-5 (epub)

Conversión a libro electrónico: El Taller del Llibre, S. L.

Índice